

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN

Departamento de Historia de Comunicación Social



**TESIS DOCTORAL**

**La lucha antituberculosa en España, (1874-1958): medios de  
comunicación, sociedad y sanidad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**María del Carmen Palao Ibáñez**

Directora

**Mirta Núñez Díaz-Balart**

**Madrid, 2017**

**María del Carmen PALAO IBÁÑEZ**

# **LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA (1874-1958): MEDIOS DE COMUNICACIÓN, SOCIEDAD Y SANIDAD**

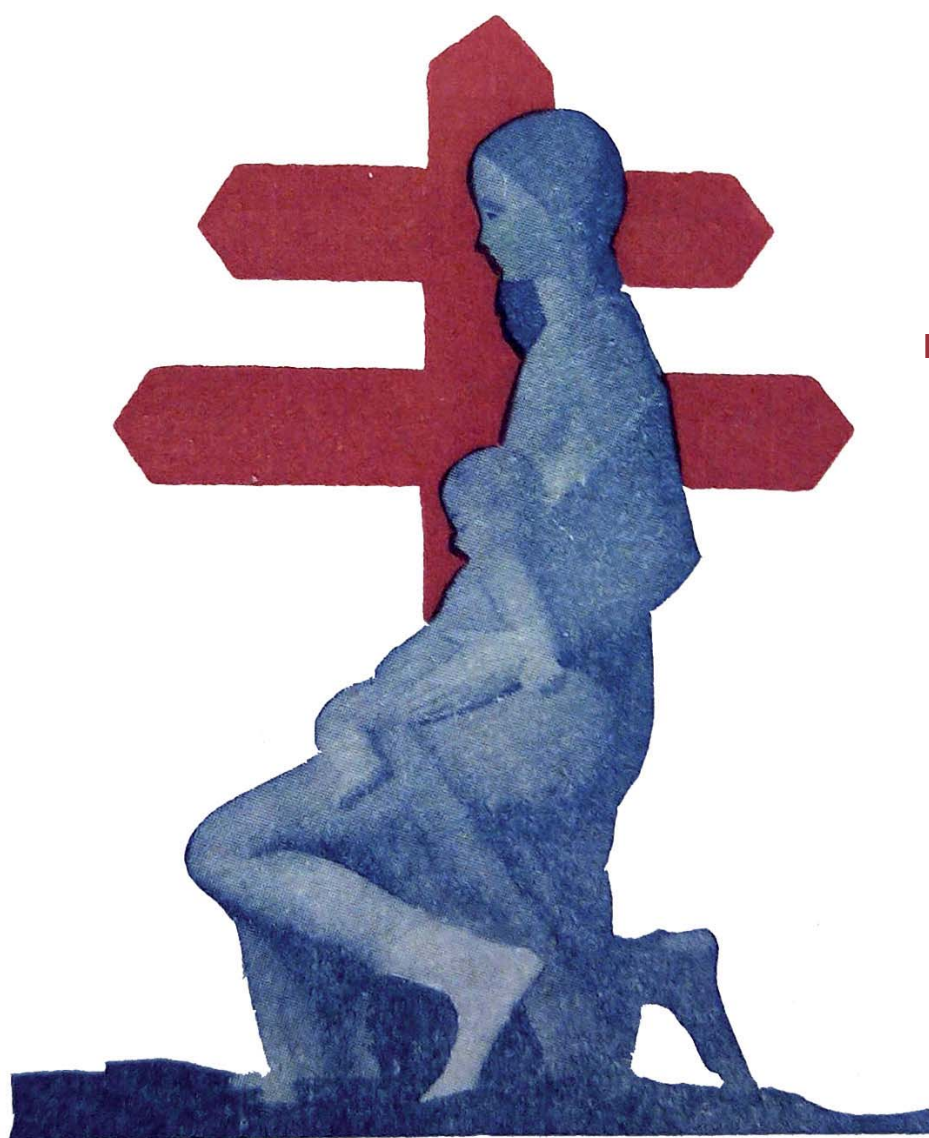
TESIS DOCTORAL



**2015**

**DIRECCIÓN:**

**Dra. Mirta Núñez  
Díaz-Balart**



**DEPARTAMENTO DE HISTORIA  
DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**





**La lucha antituberculosa en España (1874-1958):  
medios de comunicación, sociedad y sanidad**

AUTORA: MARÍA DEL CARMEN PALAO IBÁÑEZ

DIRECTORA: MIRTA NÚÑEZ DÍAZ-BALART

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**

**Imagen de la Portada:** Cruz de Lorena, símbolo del Patronato Nacional Antituberculoso, tras madre con niño. En Benítez Franco (1950: contraportada).

**Nota a las figuras:** Cuando no se indique expresamente la procedencia de las ilustraciones, fotografías, mapas o gráficas, éstas corresponden a la autora de la presente Tesis Doctoral.

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo nunca habría sido posible sin el concurso de muchas personas que, en muy diferentes ámbitos y de muy diversas maneras, me han acompañado en este viaje.

En primer lugar, debo expresar mi inmensa gratitud a mi directora de Tesis, la profesora Mirta Núñez, por sus sabios consejos y su apoyo incondicional, sin olvidar las valiosas enseñanzas sobre la Historia contemporánea de España y de su prensa.

Tampoco puedo olvidarme de todos los profesores que, a lo largo de de mi vida, me han ayudado a crecer intelectual y humanamente. Sin su pasión por la docencia tampoco podría haber llegado hasta aquí. Esto incluye a todos aquellos que en esta última etapa me han ayudado con gran generosidad, facilitándome bibliografía y ayudándome en todo aquello en lo que les ha sido posible.

En el ámbito más personal, resulta inexcusable poner de relieve el apoyo constante de los más cercanos, que en ocasiones ha rayado en sacrificio. Me refiero sobre todo a mi esposo, Pedro Moya, pero también a mi familia, amigos y compañeros de trabajo. Todos han puesto, en la medida de sus posibilidades e incluso por encima de ellas, mucho de su parte para hacerme las cosas más fáciles.

Por último, la diligencia y profesionalidad del personal de los archivos, bibliotecas y hemerotecas en los que se ha desarrollado buena parte de mi trabajo merece también mi más sincero reconocimiento. Todo mi agradecimiento a los trabajadores de la Biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina, la Filmoteca Española, el Archivo Regional de la Comunidad de Madrid, el Archivo de Palacio, la Real Biblioteca, la Hemeroteca Municipal de Madrid, la Biblioteca Nacional y las bibliotecas de la Universidad Complutense de Madrid.



**PALABRAS CLAVE:**

Lucha antituberculosa - Historia de la comunicación social - Sociedad - Propaganda  
Medios de Comunicación - Prensa - Cine - Cartelismo - Radio  
Demografía - Epidemias - Higienismo - Sanidad pública - Beneficencia - Asistencia sociosanitaria  
Siglo XIX - Siglo XX - España Contemporánea - España - Europa

**KEY WORDS:**

*Fight against Tuberculosis - History of social communication - Society - Propaganda*  
*Mass media - Press - Cinema - Posters*  
*Radio-Demography - Epidemics - Hygienism - Public health service - Charity - Social and health services*  
*XIX Century - XX Century - Contemporary Spain - Spain - Europe*

**RESUMEN:**

El objeto de este trabajo es el estudio de la lucha antituberculosa en España desde una perspectiva de la Historia de la Comunicación Social. El periodo temporal contemplado comprende desde el inicio de la Restauración borbónica, en 1874, hasta la reorganización del Patronato Nacional Antituberculoso, el organismo sanitario dedicado a luchar contra la tuberculosis durante el Franquismo, en 1958.

La divulgación sanitaria fue una de las pocas herramientas con las que se podía hacer frente a la tuberculosis en tanto sus causas sociales (malas condiciones de vida en general, y particularmente en todo lo relativo a vivienda, trabajo y alimentación) no fuesen erradicadas. Aunque estas causas eran perfectamente conocidas, se consideraba mucho más factible introducir pautas higiénicas y de conducta en los grupos de riesgo que cambios en las causas estructurales del contagio masivo.

Esta divulgación se inserta en el sistema de valores imperante en cada momento histórico, y es un reflejo fiel de una concepción concreta de la sociedad y de la enfermedad y de las relaciones mutuas que se establecen entre ambas. Por lo tanto, la comunicación no puede considerarse un aspecto menor o meramente accesorio, sino un factor clave. En atención a este protagonismo, se analizan en profundidad las manifestaciones comunicativas de la lucha antituberculosa en su contexto y perspectiva histórica, definiendo su finalidad y poniendo de manifiesto los prejuicios, los presupuestos ideológicos y los modelos de sociedad y convivencia que subyacen en este discurso.

Las campañas antituberculosas fueron, por tanto, grandes campañas de comunicación en las que la divulgación sanitaria y el ánimo de inducir en el público conductas y estilos de vida acordes con las creencias e intereses de los emisores (normalmente las élites médicas y políticas) se entremezclan sin que en muchas ocasiones sea posible establecer fronteras claras. En esta estrategia subyace una voluntad de integración del individuo en la comunidad, en los valores morales predominantes e incluso en un proyecto político determinado, reduciendo el riesgo sanitario y, al mismo tiempo, fomentando la cohesión social dentro del modelo político imperante en cada época o Gobierno.

Asimismo, la lucha antituberculosa se convirtió en materia de debate público y hasta de grandes controversias, lo cual tuvo igualmente su reflejo en los medios de comunicación. La existencia de prensa médica especializada en tuberculosis pone de manifiesto un creciente número de profesionales dedicados al tratamiento de la enfermedad a medida que avanzaba el siglo XX. En cuanto a la prensa de información general, la presencia habitual del tema de la lucha antituberculosa en el continuo informativo es un síntoma claro de que la enfermedad fue objeto de interés público desde que la campaña comenzó a tomar forma. Además, estas publicaciones no se limitaron a reflejar lo que ocurría a su alrededor, especialmente los hitos más significativos, sino que también recogieron la opinión de los especialistas y generaron interés público en torno al problema de la tuberculosis.



Dada la importancia de los procesos comunicativos en la lucha antituberculosa, su identificación y análisis constituyen una parte esencial del presente trabajo. Así, no sólo se contemplan los medios de comunicación de masas, como la prensa, el cine, la radio o el cartel, sino también otros instrumentos para la difusión de información y opiniones, como charlas, conferencias, manuales escolares, cartillas, etc. Como base metodológica se considera el producto o acto comunicativo en todo su contexto histórico e instrumental con el objetivo de desentrañar los sistemas de valores sobre los que se construye y la intencionalidad de los emisores, trascendiendo lo meramente superficial, esto es, la literalidad del mensaje. Esos emisores, normalmente la autoridad sanitaria y/o política, pretendían no sólo evitar el contagio de la tuberculosis, sino también encuadrar al receptor en un modelo de sociedad determinado, socializar al individuo. Asimismo, tras la simple información o divulgación sanitaria se evidencia en ocasiones una voluntad propagandística.

En el aspecto técnico, los primeros pasos de la divulgación antituberculosa no fueron especialmente brillantes, pues los mensajes no estaban adecuadamente adaptados a su principal público objetivo, esto es, los estratos más bajos de la sociedad, que corrían un mayor riesgo de contagio. La incorporación de criterios modernos a la divulgación sanitaria a finales de los años 20 no sólo supuso una mejor factura técnica, sino su integración en una estrategia integral de comunicación.

De todo lo expuesto se puede concluir que la lucha antituberculosa se concibió como una acción colectiva en la que se entremezclan factores de orden sanitario, económico, ideológico y sociológico. En este sentido, los medios de comunicación, en su más amplia consideración, fueron el punto de encuentro de todos ellos en la escena pública y, por ello, nos dan la medida de la trascendencia de la tuberculosis en su consideración de fenómeno social. La comunicación no puede entenderse, por tanto, como un aspecto menor o meramente accesorio de la lucha contra la tuberculosis, sino uno de sus elementos constitutivos.

## **SUMMARY:**

*The object of this paper is the study of the fight against tuberculosis in Spain from a historical perspective in Social Communication. The time span submitted to study goes from the Borbonic Restoration in 1874 to the reorganization in the year 1958 of the National Antituberculosis Board (the healthcare institution dedicated to fight tuberculosis during Franco's regime).*

*Sanitary divulgation was one of the few tools with which to face tuberculosis as long as its social causes (poor life conditions in general, and particularly in everything having to do with living, working conditions and food) were not eradicated. Even if these causes were perfectly known, introducing hygienic and behavioral guidelines among risk groups was considered to be much more feasible than carrying out changes in the structural causes of massive contagion.*

*This divulgation is inserted in the prevailing value system of each given historic period, and is a true reflection of a specific understanding of society, the illness and of the mutual connections established between them. Therefore, communication must be considered a key factor. Recognizing their importance, communicative declarations in the fight against tuberculosis are analyzed in depth within their context and historical perspective, defining their purpose and pointing out the prejudices, the ideological anticipations and the models of society and coexistence underlying in this discourse.*

*Antituberculosis campaigns were therefore important communication campaigns in which sanitary divulgation and the intent to lead the population to behaviors and life styles according to the beliefs and interests of those issuing the campaign (generally medical and political elites) mingle, without it being possible in many occasions to establish clear frontiers. This strategy has an underlying will to integrate the individual in the community, under the predominant moral values and even in a determined political project, reducing the sanitary risk and, at the same time, encouraging social cohesion within the leading political model of each period or government.*

*Additionally, the fight against tuberculosis became a matter of public debate and even of great controversy, that were also reflected in the media. The existence of medical journals specialized in tuberculosis shows a growing number of professionals dedicated to treating the illness as the XXth century advanced. As to general information press, the constant and regular appearance of topics related with the fight against tuberculosis is a clear symptom that the illness was the object of public interest from the beginning of the campaign. Furthermore, these publications not only reflected what was taking place in their environment, specially the most important milestones, but also included the opinion of specialists and generated public interest around the problem of tuberculosis.*

*Given the relevance of communicative processes in the fight against tuberculosis, their identification and analysis are an essential part of the present report. So not only mass media are considered, such as the press, cinema, radio or signs, but other instruments for the spread of information and opinion, such as talks, conferences, school manuals, booklets, etc are taken into account. The methodological basis is to consider the product or act of communication in its full historical and instrumental context, with the objective of unraveling the value systems on which it is supported and the intentions of the broadcasters, going beyond the merely superficial aspects, such as the wording of the message. Those issuing the messages, normally sanitary or political authorities, sought not only to avoid contagion of tuberculosis, but also to position the receiver in a specific model of society, thus socializing the individual. Beyond this, behind the simple sanitary information or divulgation, on occasions there lies a propagandistic will.*

*From a technical point of view, the first steps in divulgation against tuberculosis were not specially brilliant, since the messages were not adequately adapted to their main objective public, which was the lowest social stratum, who ran the greatest risk of contagion. The acceptance of modern criteria in sanitary divulgation towards the end of the decade of the 20's not only brought forth a better technical execution, but its integration in a comprehensive communication strategy as well.*

*From all of the above, one can conclude that the fight against tuberculosis was designed as a collective action in which sanitary, economic, ideological and sociological factors came together. In this sense, media, in its most ample consideration, were the meeting point for all of them in the public scene and, thus, give us the measure of the importance of tuberculosis considered as a social phenomenon. Communication, therefore, cannot be considered a minor or merely accessory aspect of the fight against tuberculosis, but rather one of its constitutive elements.*

# ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1.- MAGNITUD Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA TUBERCULOSO	4
1.2.- MARCO TEMPORAL Y GEOGRÁFICO. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.- ESTADO DE LA CUESTIÓN: ENFOQUES Y APORTACIONES	18
1.4.- FUENTES Y METODOLOGÍA	25
<b>2.- LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD SOCIAL</b>	31
<b>3.- LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA. UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA Y COMUNICATIVA</b>	43
3.1.- CONTEXTO SANITARIO GENERAL	43
3.2.- EL CONCEPTO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA Y EL MOVIMIENTO HIGIENISTA	51
3.3.- DESARROLLO HISTÓRICO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA	57
3.3.1.- <b>La lucha antituberculosa durante la Restauración y la dictadura de Primo de Rivera (1874-1931)</b>	57
• Marco normativo y organización de la lucha antituberculosa	91
• Centros de asistencia socio-sanitaria	121
• Comunicación social: prensa, propaganda, divulgación y debate público	121
3.3.2.- <b>La lucha antituberculosa durante la Segunda República (1931-1936)</b>	185
• Marco normativo y organización de la lucha antituberculosa	185
• Centros de asistencia socio-sanitaria	196
• Comunicación social: prensa, propaganda, divulgación y debate público	210
3.3.3.- <b>La lucha antituberculosa durante el Franquismo: el Patronato Nacional Antituberculoso (1936-1958)</b>	239
• <i>Guerra Civil (1936-1939)</i>	239
La lucha antituberculosa en la zona republicana	239
La lucha antituberculosa en la zona sublevada	248

• <i>Primera posguerra (1939-1943)</i>	257
Marco normativo y organización	257
Asistencia socio-sanitaria	262
Comunicación social: prensa, propaganda, divulgación y debate público	269
• <i>Segunda posguerra (1943-1958)</i>	289
Marco normativo y organización	289
Asistencia socio-sanitaria	296
Comunicación social: prensa, propaganda, divulgación y debate público	305
<b>4.- CONCLUSIONES</b>	343
<b>5.- BIBLIOGRAFÍA</b>	347
<b>6.- ANEXOS</b>	371
6.1. Sanatorio Porta Coeli (Valencia), c.1899-1902	371
6.2. Real Dispensario de Victoria Eugenia (Madrid), posterior a 1908	381
6.3. Visita de Victoria Eugenia al Real Dispensario (Madrid), posterior a 1908	385
6.4. Alfonso XIII: Imágenes del día de la Flor	387
<b>7.- ÍNDICE DE FIGURAS</b>	393



## 1. INTRODUCCIÓN

El objeto de este trabajo es el estudio de la lucha antituberculosa en España desde los primeros compases de la Restauración borbónica hasta 1958, desde una perspectiva de la Historia de la Comunicación Social. Aunque en 1874 todavía formaban parte del territorio nacional Cuba, Puerto Rico y otras islas del Pacífico, la propia realidad de la lucha antituberculosa condiciona que la investigación se ciña a lo largo de todo el periodo a la España peninsular y a las islas Baleares y Canarias, y a algunas incursiones de las autoridades españolas en el Protectorado de Marruecos.

En el punto de partida de nuestro relato, la tuberculosis era la enfermedad que más muertes causaba en España, y lo seguiría siendo hasta pocos años antes de la profunda reorganización del aparato antituberculoso oficial que cierra el marco temporal de este trabajo. Esto explica su gran trascendencia histórica no sólo en el aspecto puramente sanitario, sino también en el económico e incluso en el político, y por supuesto en el social.

En este sentido, la tuberculosis –también denominada en el pueblo como «*mal malo*» o el «*mal de amores*»– es una enfermedad típicamente social, pues en su etiología encontramos factores profundamente ligados a las condiciones de vida. Nos referimos a aspectos como la insalubridad de la vivienda, la malnutrición o el trabajo excesivo, sin olvidar la falta de acceso al agua potable, una deficiente higiene personal o el alcoholismo. Por todo ello, la tuberculosis se cebó preferentemente en la población económicamente más débil a lo largo de todo el periodo de referencia.

La historia de la lucha antituberculosa es la historia de sus promotores, de sus instituciones y, por supuesto, de los millones de enfermos y fallecidos que sucumbieron ante la *peste blanca*. Pero

también es, sin duda alguna, la Historia de todos los procesos comunicativos que la acompañaron y, lo que es aún más importante, que la sostuvieron y fundamentaron. En efecto, hasta que los antibióticos específicos lograron hacer descender significativamente los índices de mortalidad en los primeros años de la década de los 50, e incluso posteriormente, la divulgación sanitaria fue uno de los pilares básicos en la prevención de la enfermedad, es decir, una de las pocas herramientas con las que se podía hacer frente al mal en tanto sus causas sociales no fuesen erradicadas. Asimismo, la lucha antituberculosa se convirtió en materia de debate público y hasta de grandes controversias, lo cual tuvo igualmente su reflejo en los medios de comunicación.

En atención a este protagonismo de los procesos comunicativos, su identificación y análisis constituyen una parte esencial del presente trabajo. Nos hemos fijado tanto en los medios de comunicación de masas, como la prensa, el cine, la radio o el cartel, sino también en otros instrumentos para la difusión de información y opiniones, como charlas, conferencias, manuales escolares, cartillas, etc. Esta búsqueda exhaustiva nos ha permitido, en algunos casos, aclarar algunos puntos sobre los que pesaba cierta confusión en anteriores investigaciones y, sobre todo, sacar a la luz determinados documentos que hasta ahora permanecían inéditos, entre los que destacan una publicación periódica y varios cortometrajes.

Como base metodológica, hemos considerado el producto o acto comunicativo en todo su contexto histórico e instrumental con el objetivo de desentrañar los sistemas de valores sobre los que se construye y la intencionalidad de los emisores, trascendiendo lo meramente superficial, esto es, la literalidad del mensaje.

Esos emisores, normalmente la autoridad sanitaria y/o política, pretendían no sólo evitar el contagio de la tuberculosis, sino también encuadrar al receptor en un modelo de sociedad determinado. En este sentido, la prescripción de las pautas de comportamiento que se suponían más adecuadas para prevenir la enfermedad se enmarcaba en una voluntad de socialización del individuo.

De este modo, tras la simple información o divulgación sanitaria se evidencia en ocasiones una voluntad propagandística. Durante el Franquismo, cuando esta voluntad alcanza su máxima intensidad, la tuberculosis y la enfermedad física llegaron a identificarse con la enfermedad social, asociándose la falta de salud a la desafección política.

Para llevar a cabo este análisis de los medios de comunicación, que incluye el del contexto histórico general –con especial atención a los aspectos sanitarios, organizativos, políticos y económicos–, no hemos acudido únicamente a dichos medios, sino también a la literatura médica contemporánea –especialmente a la que presenta un enfoque más orientado a los aspectos sociales–, a las memorias de las instituciones antituberculosas oficiales y, puntualmente, a la información sobre algunos acontecimientos íntimamente relacionados con la lucha antituberculosa contenida en algunos archivos oficiales. En este último caso se trata de documentos inéditos que aclaran, amplían y corroboran lo que hasta ahora sabíamos sobre determinados aspectos de esta materia.

Asimismo, hemos encontrado una ayuda muy valiosa en los trabajos de los investigadores que nos han precedido, no sólo en lo específicamente relativo a la tuberculosis, sino también a un amplísimo abanico de factores sociales que históricamente han coadyuvado, de forma directa o indirecta, tanto a su contagio como a su contención. También han sido de nuestro interés los estudios sobre la utilización de los medios de comunicación para la prevención de enfermedades, como foros para el debate público o como simple instrumento de propaganda; sin olvidar los realizados más allá de nuestras fronteras, que nos han permitido evaluar la realidad española en el contexto internacional.

El resultado es una visión amplia y enriquecedora del problema de la tuberculosis en más de 80 años de la Historia de España, en la que los procesos comunicativos, considerados en toda su dimensión social, ocupan un lugar central. De hecho, sostenemos que la lucha antituberculosa nunca habría sido la misma sin el concurso de los medios, que no sólo constituyen una fuente esencial para su conocimiento, sino un actor con protagonismo propio. Creemos, por tanto, que otorgamos a la comunicación el puesto de privilegio que merece en toda aproximación histórica a un fenómeno del calado social de la tuberculosis, pues hasta ahora sólo había sido merecedora de algunos estudios puntuales.

## 1.1. MAGNITUD Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA TUBERCULOSO

Cuando Robert Koch descubrió en 1882 el bacilo causante de la tuberculosis, el *Mycobacterium Tuberculosis*, esta enfermedad era la patología de mayor letalidad del mundo, por delante de la sífilis y el cáncer (Sauret, 2001: 199). Sin embargo, el periodo álgido de la epidemia tuberculosa en Europa se sitúa precisamente en la centuria inmediatamente anterior, es decir, entre 1780 y 1880 (Báguena, 1992: 13), coincidiendo con los profundos cambios que el continente experimentaba en los modelos productivos y sociales. En efecto, la Revolución Industrial trajo consigo un desplazamiento masivo de población rural a los núcleos urbanos, y es en este contexto en el que la tuberculosis se convierte en la *peste blanca*, la enfermedad social que se ceba con la fuerza productiva de la naciente industria. No en vano, el 80% de los casos se declaraba en obreros, con especial incidencia en los individuos de edades comprendidas entre los 15 y los 35 años, esto es, en su plena madurez laboral (Molero, 1989a: 1).

En España, la tuberculosis fue la enfermedad más letal hasta mediados del siglo XX (Anaut, 1999: 220). Según las estadísticas oficiales, la tasa de mortalidad no se situó por debajo de 100 muertes por 100.000 habitantes hasta 1951 (Fig. 1 y Fig. 2). En las primeras décadas del siglo, los muertos por tuberculosis en toda España superaron con pocas excepciones la cifra de 30.000 anuales, y se llegaron a sobrepasar los 42.000 en 1918 como consecuencia de la grave epidemia de gripe que afectó a todo el país. Asimismo, la tasa de mortalidad raramente llegó a situarse por encima de 200 por 10.000, si bien se resiste a descender por debajo de 130 hasta 1931. Por otro lado, hay que tener en cuenta el hecho de que la tuberculosis se cebaba preferentemente en el sexo masculino en casi todas las franjas de edad (Figs. 3 y 4).

AÑOS	FALLECIDOS POR TUBERCULOSIS	TASAS	AÑOS	FALLECIDOS POR TUBERCULOSIS	TASAS
1901	37.835	202,8	1927	32.899	145,2
1902	36.319	193,3	1928	31.156	136,1
1903	35.270	186,4	1929	30.831	133,4
1904	37.608	197,4	1930	28.961	124,1
1905	35.712	186,6	1931	30.631	130
1906	36.475	188,8	1932	28.054	117,9
1907	34.913	179,5	1933	28.285	117,7
1908	34.853	178	1934	27.053	111,5
1909	32.109	162,8	1935	26.653	108,8
1910	31.203	157,1	1936	25.372	102,6
1911	31.461	157,3	1937	29.935	120
1912	29.810	148,1	1938	32.579	129,4
1913	30.791	152	1939	31.137	122,5
1914	31.436	154,1	1940	29.185	113,8
1915	32.786	159,7	1941	32.877	127
1916	33.958	164,3	1942	32.061	122,5
1917	35.711	171,6	1943	30.025	114,2
1918	42.228	201,6	1944	30.080	113,6
1919	37.626	178,4	1945	30.192	113,1
1920	37.393	176,1	1946	32.313	120,1
1921	33.475	156,3	1947	33.971	125,4
1922	33.453	155,4	1948	31.543	115,5
1923	33.477	153,9	1949	32.039	116,5
1924	33.746	153,5	1950	29.292	105,4
1925	33.580	151,2	1951	26.206	93,6
1926	32.242	148,2	1952	15.971	56,7

FIG. 1.— Número de fallecidos y tasas de mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes durante el periodo 1901-1952 en España (Del Campo, 1954: 449s).



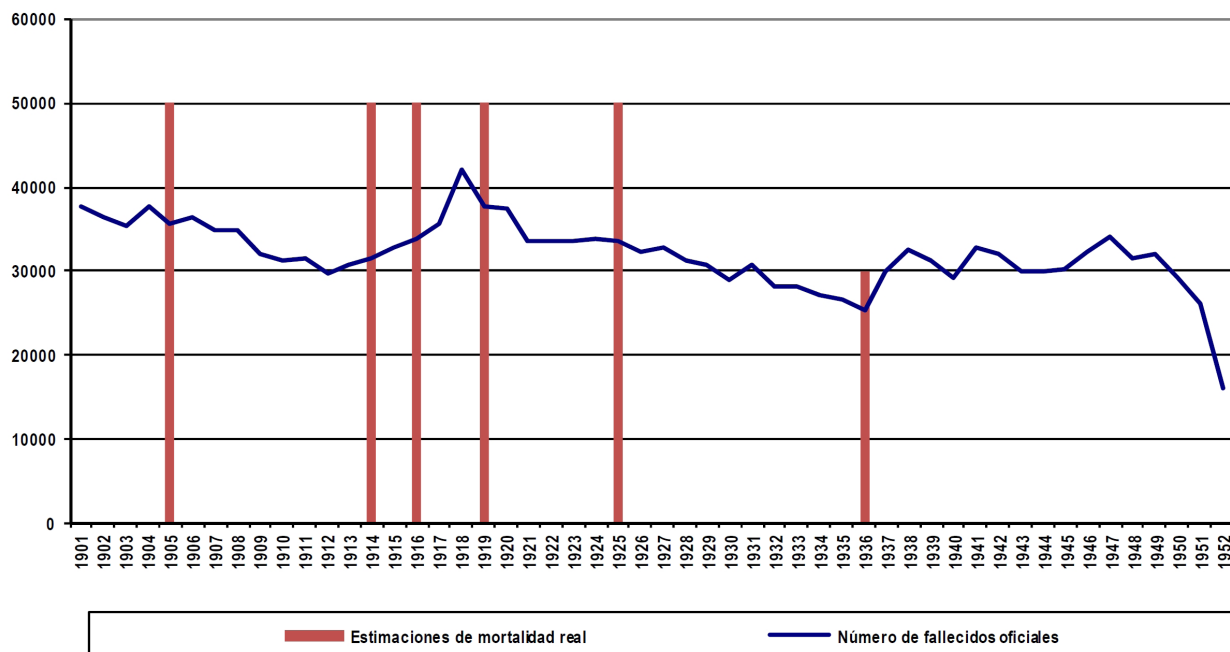


FIG. 2.— Evolución oficial del número de fallecidos por tuberculosis durante el periodo 1901-1952 en España (Del Campo, 1954: 449s) y estimaciones de la mortalidad real según Fatás (1905: 25), Camino (1914: 5), Pulido (1916: 11), Malo de Poveda (1919: 2), Codina (1925: 10) y Abelló (1936: 39).

GRUPOS DE EDAD	RAZÓN DE DEFUNCIONES
-1	111,2
1-4	109,2
5-9	89,7
10-14	50,6
15-19	69,1
20-24	106,9
25-29	119,9
30-34	123,8
35-39	146,4
40-44	174,4
45-49	207,8
50-54	217,2
55-59	219,6
60 y más	156,2
NO CONSTA	185,2
TODAS LAS EDADES	128,8

FIG. 3.— Razón de defunciones en varones a 100 defunciones en mujeres fallecidas por tuberculosis pulmonar entre 1921 y 1950 en España (Del Campo, 1954: 461).

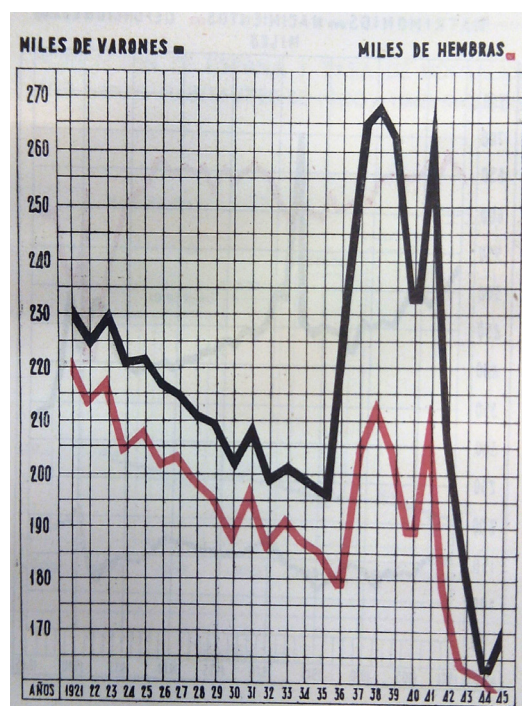


FIG. 4.— Mortalidad por tuberculosis y sexos entre 1921 y 1945 en España (Benítez, 1950, graf. 3).



FIG. 5.— Distribución provincial de la mortalidad por tuberculosis en 1914. Tasas por 100.000 habitantes (RPADE, 1925).

En cuanto a la distribución territorial de la enfermedad, tal y como se desprende de los datos de mortalidad contenidos en los Anuarios Estadísticos de España, las provincias más castigadas fueron tradicionalmente Barcelona, Madrid, Sevilla, Cádiz y Vizcaya y, en general, toda la cordillera cantábrica (Fig. 5).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la estadística sanitaria adolecía en España de muchas carencias. En efecto, muchos casos no se diagnosticaban ni registraban correctamente (Navarro, 1933: 197; Sauret, 1990: 117; Molero, 1989a: 23), y otros tantos se ocultaban intencionadamente para evitar el estigma de la enfermedad (Pulido, 1916s; Codina, 1916: 173s; Buylla, 1933: 98; Navarro, 1933: 197; Molero, 1989a: 23; Villanueva, 1990: 5). Aunque una circular de la Dirección General de Sanidad de 1900 establecía la obligatoriedad para todos los médicos de declarar los casos de una lista de once enfermedades infecto-contagiosas, habría que esperar a 1930 para que se iniciara la producción de la estadística resultante de esta declaración obligatoria (Bernabeu-Mestre, 1995: 46s).

Por todo ello, hasta fechas muy avanzadas, las estimaciones de los tratadistas siempre elevaron estas cifras en proporciones muy significativas. Así, a principios del siglo XX, Fatás (1905: 25) aseguraba que las estadísticas se quedaban cortas, y que en realidad morían 50.000 personas por tuberculosis al año. Este dato fue corroborado posteriormente por Camino (1914: 5), Pulido (1916: 11), Malo de Poveda (1919: 2) y Codina Castellví (1925: 10), y algunos autores lo elevaron hasta las 70.000 víctimas (Molero, 1989a: 1). Por su parte, el Dr. Abelló calculaba más de 30.000 muertos en 1936, cuando las estadísticas oficiales situaban la cifra en 25.000 (1936: 39) (Fig. 2).

En cuanto a la morbilidad, Malo de Poveda (1925: 10) calculó 250.000 enfermos de tuberculosis, de los que 150.000 serían pobres (Malo, 1919: 2). Codina elevó esta cifra hasta 500.000, una estimación que también ha sido mencionada por Sauret (1990: 117) para principios del siglo XX. En 1940, la sanidad oficial habló, de manera sin duda excesivamente optimista, de 111.000 enfermos de tuberculosis pulmonar (Benítez, 1940: 19).

La lucha antituberculosa encontró en el aspecto económico una de sus principales motivaciones. De este modo, la vida humana se cuantificaba, para, teniendo en cuenta los datos de mortalidad por tuberculosis, estimar en qué medida se veía dañada la riqueza nacional por la plaga, y hasta qué punto era razonable realizar grandes inversiones para contenerla.

En estos cálculos subyace, sin ningún género de dudas, una consideración utilitarista del obrero, que conduce incluso a su cosificación. Ángel Fernández-Caro, presidente de la Sociedad Española de Higiene, encarna esta postura en 1909:



*«La palabra obrero [...] significa [...], dentro del organismo social, lo que la célula, lo que el protoplasma en la vida orgánica: es un elemento sin valor, sin importancia, si se le mira aislado; [...] no es la inteligencia que produce, no es el pensamiento que crea, ni el genio que inventa; pero es la primera materia, sin la cual no hay invento ni actividad ni progreso. El obrero es el punto de unión entre la materia muerta y la inteligencia viva [...]; por eso, conservar la vida del obrero, darle medios para que se desenvuelva y desarrolle, proporcionarle el más alto grado de poder y de resistencia para que dé a su vez la mayor suma de producción y de trabajo, es una obra de alta economía social [...]»* (Fernández-Caro, 1909: X).

En 1905, Luis Fatás, que aseguraba aplicar el criterio de economistas ilustres, cifró en 1.000 pesetas la cantidad que dejaba de producir cada muerto. Según sus estimaciones, en España se perdían anualmente más de 33 millones de pesetas por culpa de la tuberculosis (Fatás, 1905: 25s). Por su parte, la Asociación Antituberculosa Española calculó en 2.100 pesetas cada vida humana. Multiplicando esta cifra por el número oficial de muertos por tuberculosis, el coste para el capital nacional era de 75.600.000 (Espina, 1908: 25).

El precio fue actualizándose con el paso de los años. En 1919, Malo de Poveda valoró en 3.000 pesetas la vida de cada fallecido, lo que suponía pérdidas de 100 millones en «*capital vida*» (Malo, 1919: 2). En 1925, Codina Castellví ya cifraba en 5.000 pesetas cada muerto, con pérdidas anuales de más de 3.000 millones al año (Codina, 1925: 10). Finalmente, en 1940 se llegó a valorar en más de mil millones el rendimiento que dejaban de prestar conjuntamente tanto los enfermos como los fallecidos por tuberculosis (Benítez, 1940: 19).

Como hemos indicado, las tasas de mortalidad por tuberculosis no comenzaron a experimentar un descenso significativo hasta la década de los 50 del siglo XX. Hasta entonces, la medicina se esforzó, con distinto éxito, por encontrar remedios con los que atajar la enfermedad. Esta panoplia de terapias, procedimientos y sustancias, recogidos por Báguena Cervellera (1992), comprendían desde la administración de calcio, que tenía efectos cáusticos y antisépticos en el tejido pulmonar afectado, por vía intravenosa; hasta diversas vacunas contra la tuberculosis, entre las que acabó triunfando la BCG, creada por Calmette y Guérin en 1921; pasando por la colapsoterapia, un conjunto de técnicas destinadas a colapsar el pulmón tuberculoso y facilitar su curación, y la utilización de un amplísimo abanico de sustancias sin utilidad terapéutica alguna. Todo ello, sin olvidar la acción de los sanatorios, cuya efectividad se basaba en los efectos beneficiosos del aire puro, el clima de altura y la radiación solar.



FIG. 6.— Fotografía de una farmacia de Madrid en 1952, en la que se anuncia la venta de estreptomicina, entre otros fármacos (Agencia EFE, 2013: 77).

En 1944 se produjo un hito en la historia de la lucha contra la tuberculosis: el descubrimiento de la estreptomicina, el primer antibiótico específico contra la enfermedad, por Selman Abraham Waksman (1888-1973), profesor de microbiología en la Universidad de Rutgers, en Estados Unidos (Báguena, 1992: 102). Aunque presentaba importantes efectos secundarios —vértigos e incluso sordera en los casos más graves, especialmente en asociación a procesos meningíticos— y acababa creando resistencias

bacterianas (Márquez, 1947: 146; Cerviá, 1947: 846s), ofrecía unas garantías mínimas de eficacia. Este fármaco no llegó con cierta fluidez a España hasta 1948 (Fig. 6) a causa de su elevado coste, y lo hizo muchas veces a través de los medios más peregrinos, como la valija diplomática o, incluso, en «*el equipaje de un marino o el petate de un bacaladero*» (Villanueva, 1990: 35); de ahí que su uso fuera muy limitado (Márquez, 1947: 145; y Sanz *et al.*, 1999: 73).

Las carencias de la estreptomicina estimularon nuevas investigaciones en el campo de la farmacología, y, en 1946, Jörgen Lehmann (1898-1989) comenzó a aplicar el ácido para-amino-salicílico o PAS, un tuberculostático de gran eficacia que lograba frenar las resistencias bacterianas de la estreptomicina cuando se administraban de forma conjunta, una práctica que se inició en 1949 (Báguena, 1992: 102s). Aunque en otros países estos descubrimientos propiciaron un descenso importante de la mortalidad por tuberculosis en el trienio 1948-1950, en España los efectos fueron mucho más discretos (Fig. 2 y 7). En efecto, 100 gramos de estreptomicina eran completamente inasequibles para los enfermos sin los suficientes recursos económicos. Un tratamiento largo



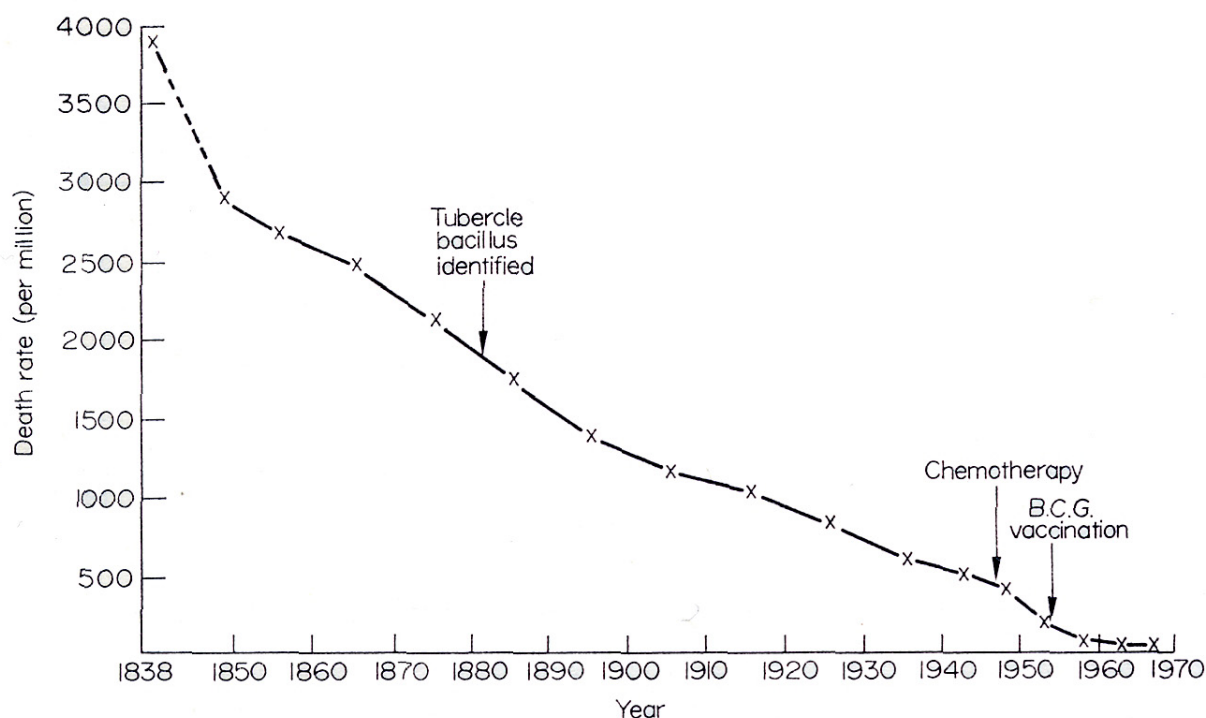


FIG. 7.— Tasas de mortalidad media y anual por tuberculosis en Inglaterra y Gales durante los siglos XIX y XX (McKeown y Lowe, 1974: 8, fig. 4).

con estreptomycin y PAS costaba entre 7.000 y 8.000 pesetas, una cifra sólo alcanzable para unos pocos<sup>1</sup>. La inmensa mayoría de los enfermos recibieron dosis insuficientes, casi siempre discontinuas, que sólo consiguieron mejorías transitorias (Blanco, 1954: 28).

La incorporación de las isoniazidas al arsenal quimioterápico, en 1952, supuso una notable mejora en el tratamiento de la enfermedad. Su fácil administración, su falta de toxicidad y, sobre todo, su bajo precio (Báguena, 1992: 104) propiciaron el descenso más pronunciado de la mortalidad por tuberculosis en España de todo el siglo XX, que también fue el segundo mayor de Occidente, en ese mismo año (Blanco, 1954: 15). Gracias a la administración conjunta de estreptomycin, PAS e isoniazidas, a partir de 1955, el problema de las resistencias bacterianas en los tratamientos de larga duración quedó resuelto (Báguena, 1992: 104). Se había ganado la batalla a la tuberculosis y, lo más importante, se pudo democratizar su tratamiento, al menos en los laboratorios.

1 Teniendo en cuenta que, por ejemplo, la remuneración nominal estimada de un albañil en 1948 oscilaba aproximadamente entre 16,7 y 24 pesetas por jornada (*Anuario Estadístico de España*, 1950), los ingresos mensuales de un hogar de extracción social baja en el que sólo trabajase el cabeza de familia, algo muy frecuente en la época, no alcanzaría las 400 pesetas. A todas luces, insuficiente para aspirar a costear un tratamiento farmacológico de estas características.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la aparición de antibióticos cada vez más eficaces fue aparejada a muchos otros factores que, de forma conjunta, explican el paulatino descenso de la mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, fueron decisivos el diagnóstico precoz a gran escala, la vacunación por BCG, el saneamiento alimentario y la mejora de la asistencia médica gracias a los seguros sociales colectivos (Blanco, 1954: 23s). Esta combinación de factores, es decir, de mejoras generalizadas en la calidad de vida y de una acción sanitaria organizada, es la responsable del descenso de la mortalidad en todo el mundo occidental. No obstante, hoy día la tuberculosis sigue estando presente en todo el globo, ligada a semejantes problemas de higiene, desarrollo y marginalidad, también en el denominado *Primer Mundo*. Así, la enfermedad se asocia frecuentemente al ámbito penitenciario, la inmigración y la drogadicción, tal y como han tratado, *inter alia*, Bashford (2010: 112ss), Bryder *et al.* (2010: 7s) y el monográfico de 1999 de la *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1 (4). Según la OMS (2014), la tuberculosis sigue siendo una de las epidemias más letales en términos globales –1,5 millones de muertos en 2013–, en asociación con el VIH-Sida y con nuevas resistencias bacterianas a los fármacos disponibles (Figs. 8 y 9).

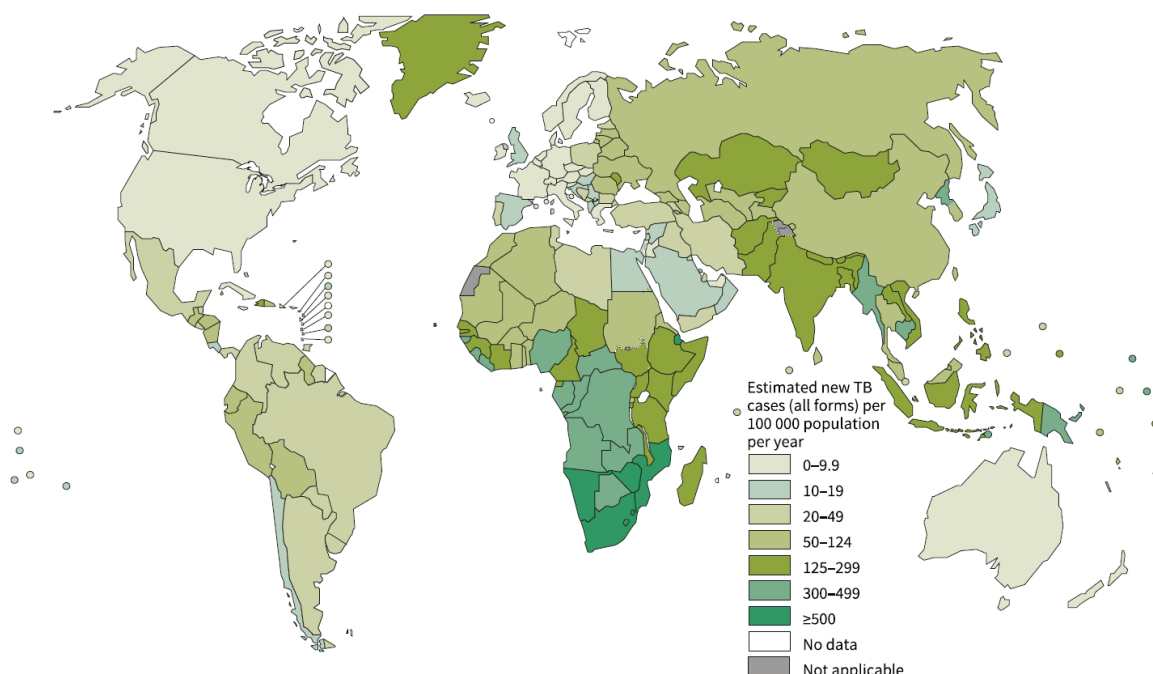


FIG. 8.— Índice estimado de nuevos casos de tuberculosis detectados en el mundo en 2013 (OMS, 2014: 34).

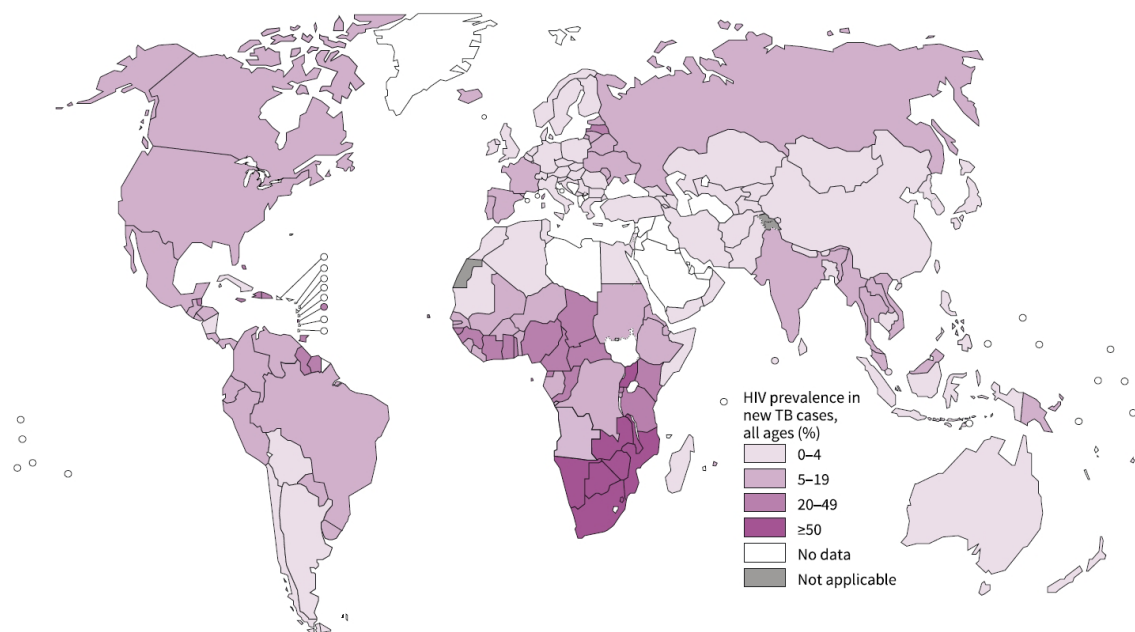


FIG. 9.— Índice estimado de la prevalencia del VIH-Sida en nuevos casos de tuberculosis y recaídas en el mundo en 2013 (OMS, 2014: 33).

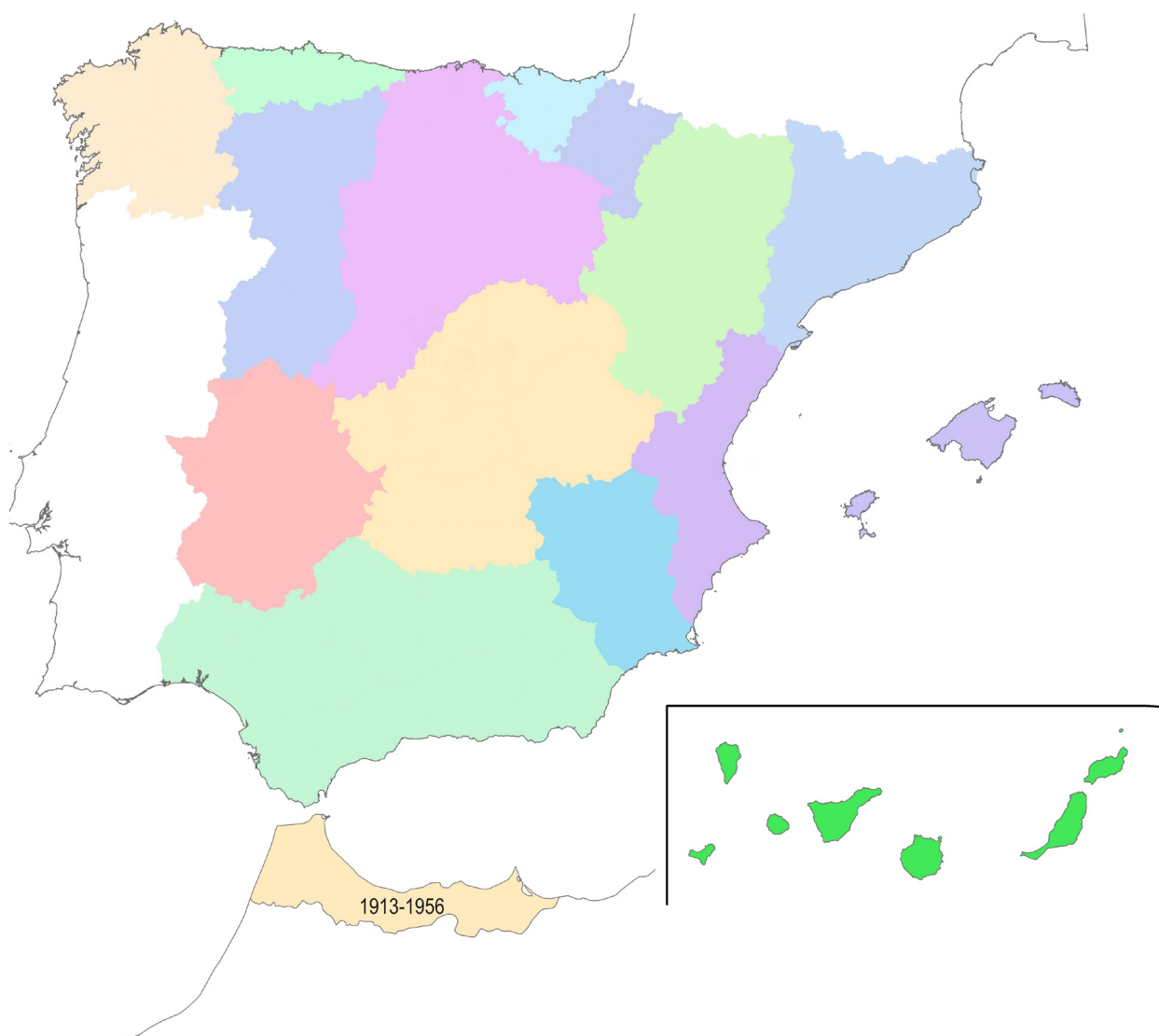


FIG. 10.— *España peninsular y norteafricana, Canarias y Baleares en la primera mitad del siglo XX.*

## 1.2. MARCO TEMPORAL Y GEOGRÁFICO. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El marco temporal de este trabajo, centrado en el estudio de la lucha antituberculosa en España desde una perspectiva de la Historia de la Comunicación Social, se inicia con la Restauración borbónica y alcanza se extiende hasta 1958. La elección de esta última fecha responde a una importante reorganización de la lucha antituberculosa en nuestro país, pues coincide con la transformación del *Patronato Nacional Antituberculoso*, el organismo sanitario público que se había ocupado de la tuberculosis desde los orígenes del Régimen franquista, en el *Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax*. Esta refundación responde a un panorama epidemiológico radicalmente distinto al de su creación, en 1936, cuando la tuberculosis era la enfermedad de mayor letalidad en España. La notable reducción de los índices de mortalidad que comenzó a verificarse en los primeros años de la década de los 50 llevó al Estado a ampliar el campo de acción del costoso y aparato sanitario antituberculoso (*vid. infra* § 3.3.3).

Aunque en 1874 todavía formaban parte del territorio nacional Cuba, Puerto Rico y otras islas del Pacífico, la investigación se ciñe a lo largo de todo el periodo a la España peninsular y a las islas Baleares y Canarias (Fig. 10). En igual silencio quedarán otras colonias y provincias que formarán parte de los dominios nacionales durante el siglo XX, como la Guinea española (1885-1968). Sólo hemos podido incidir algo en la lucha antituberculosa desplegada por las autoridades españolas en el Protectorado de Marruecos (1913-1956). El motivo de esta subrepresentación es que las primeras manifestaciones de la lucha contra la tuberculosis desatendieron, a tenor de las fuentes consultadas, los territorios coloniales, con la excepción de las posesiones africanas. No obstante, hay que tener en cuenta que aunque los primeros llamamientos a organizar la lucha anti-

tuberculosa son anteriores al *desastre de 1898*, la creación del primer organismo oficial se produjo con posterioridad.

La lucha antituberculosa fue desde sus orígenes y durante muchos años esencialmente urbana, pues la ciudad era considerada el origen de la mayor parte de los males sociales que engendraban la enfermedad. Además, el aparato sanitario oficial se fijó preferentemente en las grandes capitales, con especial predilección por Madrid, donde se asentaban los principales órganos de decisión. Todo esto explica que buena parte de la acción sanitaria se concentrase en la capital del país y en Barcelona, tal y como ponemos de manifiesto en nuestro trabajo.

Esta situación comenzó a cambiar lentamente durante la Dictadura de Primo de Rivera y, sobre todo, en la Segunda República, cuando la Administración sanitaria central se expandió a la España provincial y prestó por primera vez atención al medio rural y a las pequeñas poblaciones, donde se concentraba la mayor parte de la población española. Tras el paréntesis de excepcionalidad de la Guerra Civil y las profundas dificultades de la primera posguerra, este proceso de acción sanitaria más allá de las grandes concentraciones urbanas experimentó un periodo de consolidación.

Durante los 84 años de Historia que contemplamos en este estudio, nos proponemos poner de manifiesto que la comunicación no puede considerarse un aspecto menor o meramente accesorio de la lucha contra la tuberculosis, sino un factor clave en el grave problema planteado por la enfermedad, que, entendido como fenómeno social, alcanza, aun con muy diferentes implicaciones y repercusiones, a todos los individuos. Los medios de comunicación de masas —prensa periódica, carteles, radio, cine— y el resto de manifestaciones de la comunicación colectiva —charlas, cartillas para niños y adultos, manuales escolares...—, no fueron simples notarios de la realidad —lo que ya les otorgaría un valor indiscutible—, sino actores que intervinieron decisivamente en la lucha contra la tuberculosis.

En atención a este protagonismo, nos hemos propuesto analizar en profundidad las manifestaciones comunicativas de la lucha antituberculosa en su contexto y perspectiva histórica, definiendo su finalidad y poniendo de manifiesto los prejuicios, los presupuestos ideológicos y los modelos de sociedad y convivencia que subyacen en este discurso.

Nuestro objetivo es estudiar unas campañas antituberculosas que fueron, por definición, grandes campañas de comunicación en las que la divulgación sanitaria y el ánimo de inducir en el público conductas y estilos de vida acordes con las creencias e intereses de los emisores —normalmente las élites médicas y políticas— se entremezclan sin que en muchas ocasiones sea posible establecer fronteras claras. En esta estrategia subyace, en cualquier caso, una voluntad de integración del individuo en la comunidad, en los valores morales predominantes e incluso en un proyecto político determinado, reduciendo el riesgo sanitario y, al mismo tiempo, fomentando la cohesión social dentro del modelo político imperante en cada época o Gobierno.

Esta campaña se inició en un momento histórico en el que la medicina no disponía de remedios certeros contra la enfermedad, y en el que, por lo tanto, la divulgación se consideraba prácticamente la única forma de contener el alarmante avance de la tuberculosis entre las masas de población obrera y depauperada. Aunque las causas sociales de la tuberculosis —vivienda insalubre, hambre y exceso de trabajo principalmente, pero también prácticas condenadas moralmente, como el alcoholismo y la prostitución— eran perfectamente conocidas, nuestra tesis es que se consideraba mucho más factible introducir pautas higiénicas y de conducta en los grupos de riesgo que cambios en las causas estructurales del contagio masivo. De ahí que la comunicación se erigiera en un instrumento sanitario de primer orden en la lucha contra la tuberculosis.

Aunque las mejoras en las condiciones de vida y los avances clínicos que fueron sucediéndose a lo largo del siglo XX hicieron que la divulgación de hábitos higiénicos y pautas de evitación dejase de ser el único recurso disponible en la lucha contra la tuberculosis, la comunicación en torno a la enfermedad continuó empleándose como herramienta de encuadramiento social y propaganda política. Es innegable que las políticas de prevención forman parte de todo sistema sanitario avanzado, pero no es menos cierto que las campañas de divulgación y hasta la simple información de actualidad sobre la acción sanitaria que se desarrollaron al amparo de esas políticas se produjeron en un contexto histórico concreto y respondieron a intereses que trascendieron lo puramente sanitario.

### 1.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN: ENFOQUES Y APORTACIONES

Si obviamos los análisis de la cuestión que realizaron los propios protagonistas de la lucha antituberculosa, cuestión ésta que desarrollaremos en nuestro trabajo (*passim*), la tuberculosis ha sido objeto de interés por parte de numerosos historiadores de la Medicina en España desde mediados de los 40 del pasado siglo, aunque, como constató Molero Mesa (1989: 6ss), los enfoques sociales permanecieron prácticamente ausentes de estos trabajos durante largos años.

Las aportaciones de Sigerist (1891-1957) y sus discípulos Rosen (1910-1977) y Ackernelch (1906-1988), entre otros, marcaron el inicio de una nueva tendencia historiográfica en la que el hombre no es considerado de forma aislada, sino como parte de un grupo social, abriendo nuevas perspectivas a la investigación (Molero, 1989a: 13s). Sigerist se apartó de las visiones tradicionales sobre la Medicina para estudiar sus implicaciones filosóficas, éticas, sociales y económicas (Fee y Brown, 2006: 150), sentando las bases del modelo de investigación histórico-social de la enfermedad (Bernabeu-Mestre, 1989: 23, nota 1).

Este enfoque exige una interpretación mucho más ambiciosa del fenómeno patológico, que nos ayuda a comprender las mutuas conexiones entre la Medicina y el contexto histórico-social en el que ésta se desenvuelve. El resultado es una aproximación a la realidad en la que la enfermedad se convierte en un factor clave del devenir histórico, sometido, a su vez, a profundas interdependencias. Laín Entralgo lo define a la perfección en las siguientes palabras:

*«Y sin saber lo que la enfermedad ha sido y ha significado para los hombres de España, y cómo la han combatido, y quiénes fueron los que técnicamente tenían a su cargo ese combate, y qué vieron, pensaron e*



*hicieron en el trance de librarlo, y cómo el hecho de la enfermedad y el dolor de sufrirla se han entretelado con el resto de los momentos integrantes de la vida histórica, religión, ciencia, política, economía, literatura y costumbre popular; sin saber todo esto con una precisión mínima, ¿puede aspirarse a un conocimiento cabal de nuestra historia, y por tanto de la realidad y el modo de nuestra existencia colectiva sobre el planeta?” (Laín, 1981: 322s).*

En nuestro país, las primeras aproximaciones históricas a la enfermedad desde esta perspectiva datan de los años 60 y, de forma explícita, de principios de los 70, de la mano de los investigadores que se congregaron en torno a la figura del profesor López Piñero en la Universidad de Valencia (Bernabeu-Mestre, 1989: 24, nota 1). Desde el punto de vista de este investigador, la Historia social de la Medicina debe aspirar al conocimiento de la vida histórica real, pues la enfermedad y su tratamiento no son más que una parte más de un todo complejo sometido a múltiples conexiones (López Piñero, 1984: 30).

Sin embargo, la tuberculosis no fue objeto de este tipo de análisis hasta fechas tardías. El interés de los historiadores se centró inicialmente, tal y como sucedió con carácter general en otros países (Molero, 1991: 346), en los grandes episodios epidémicos –peste, fiebre tifoidea y amarilla, cólera–, para fijarse, ya a finales de los 80, en el paludismo, la lepra y, por fin, la tuberculosis (Bernabeu-Mestre, 1989: 24ss, nota 1). Los primeros estudios de la Historia social de esta enfermedad en España se deben a Molero Mesa. El primero de ellos, *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración* (1987), incluye una valiosa recopilación de textos clásicos sobre la etiología y profilaxis de la tuberculosis, así como sobre la lucha contra la enfermedad en sus diferentes vertientes, precedidos de un completo estudio introductorio.

Las bases de este trabajo se vieron notablemente ampliadas y enriquecidas en su tesis doctoral de 1989, *Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)*: el análisis más completo realizado hasta la fecha sobre la inserción de la enfermedad en la realidad social y en las dinámicas de legitimación política y dominación. Molero describió con profusión de detalles el desarrollo organizativo, institucional y normativo de la lucha antituberculosa, poniendo especial énfasis en aspectos como el control y troquelado social de los enfermos, la creación de un discurso de la prevención reproductor del sistema de valores de las élites y el conflicto entre este último y el de otros grupos sociales.

La aparición de estas obras coincidió con la eclosión de estudios similares en otros países, como Estados Unidos (Caldwell, 1988; Teller, 1988), Reino Unido (Bryder, 1988; Smith, 1988), Francia (Guillaume, 1986; Dessertine y Fauré, 1988; Bardet *et al.*, 1988) y Alemania (Seeliger, 1988; Reinicke, 1988). El principal precedente de los enfoques eminentemente sociales de estos trabajos lo encontramos en *The White Plague. Tuberculosis, Man and Society*, de René y Jean Dubos, publicado originalmente en 1952 y reeditado en 1987, y, mucho después, en *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme, 1800-1940* (Crellet y Kruse, 1983).

Esta tendencia historiográfica ha tenido continuidad tanto dentro como fuera de nuestras fronteras en años posteriores. Por lo que a España se refiere, es nuevamente a Molero a quien debemos diversos trabajos sobre la etiología social de la tuberculosis (1989b); la figura del médico valenciano Francisco Moliner, un incansable propagandista sanitario (1990); los sanatorios antituberculosos (1993); y la lucha antituberculosa durante el Franquismo (1994; 2001a), entre otros. Muy recientemente, Celia Miralles Buil (2014) ha realizado una espléndida aportación a esta corriente investigadora con su tesis doctoral *La tuberculose dans l'espace social barcelonais: 1929-1936*, en la que explora el protagonismo de los espacios urbanos, públicos y privados, en el contagio de la tuberculosis, en el marco de un amplísimo estudio sobre la etiología social de la enfermedad en Barcelona desde los últimos años de la Dictadura de Primo de Rivera hasta el estallido de la Guerra Civil. Miralles caracteriza asimismo al paciente tipo en su ámbito vital y laboral, inmerso en la marginalidad y la miseria, y, lo que es todavía más interesante, le da voz para adentrarse en su particular vivencia de la enfermedad y de la lucha antituberculosa.

En el plano internacional merece la pena destacar *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France*, de D.S. Barnes (1995), un retrato exhaustivo de la tuberculosis como enfermedad social en la Francia decimonónica en el que el autor presta una especial atención a sus vínculos con el alcoholismo y la sífilis, además del conflicto entre las visiones burguesa y obrera de la *peste blanca*. Por su parte, Diego Armus publicó en 2007 una interesante monografía sobre la Historia de la tuberculosis en Buenos Aires entre 1870 y 1950, en lo que constituye un meritorio análisis de la sociedad bonaerense y argentina de este periodo y de sus particulares relaciones con la enfermedad.

Si en todas estas obras, incluidas las españolas, la tuberculosis aparece como una patología indisolublemente asociada a la industrialización y conflictos entre clases, no podemos perder de vista otras corrientes de investigación abiertas a otras dimensiones de la enfermedad. Nos referimos a los estudios sobre poblaciones indígenas en los procesos de colonización, que han brindado a los historiadores nuevas formas de interpretar la tuberculosis como indicador de desigualdad, marginación y subordinación de los pueblos nativos a los colonizadores europeos. Un buen ejemplo de esta tendencia, que debe convertirse en un nuevo referente para las líneas de investigación clásicas, son los trabajos desarrollados en Canadá por J.W. Daschuk (2013; *Id. et al.*, 2006). Resulta igualmente sugerente la asociación que se estableció entre tuberculosis e inmigración en países como Australia, donde los sistemas de control de fronteras encontraron en el miedo a la enfermedad a uno de sus mejores aliados. Este fenómeno ha sido estudiado por A. Bashford tanto en solitario (2010) como junto a otros autores (Welshman y Bashford, 2006; Convery *et al.*, 2006).

En lo que respecta a la vertiente comunicativa, divulgativa y propagandística de la lucha antituberculosa, son varios los autores españoles que han abordado este aspecto desde la óptica de la Historia social, aunque generalmente en el marco de investigaciones más generales. En este campo podemos destacar el estudio de conjunto de Enrique Perdiguero Gil (2009) sobre la propaganda sanitaria institucional en la España de los años 20 y 30 del siglo XX, con referencias a la tuberculosis; así como los de María Isabel Porras Gallo, tanto individualmente (2014) como junto a otros investigadores (Heras *et al.*, 2013), acerca del papel de la prensa, la propaganda, la escuela y la educación sanitaria en la inmunización contra la poliomielitis durante el Franquismo.

En nuestro país, y específicamente sobre los medios de comunicación social y la propaganda, Molero Mesa ha dedicado diversos trabajos a la tuberculosis. En el ámbito de la prensa periódica destacan los artículos sobre el movimiento obrero, tanto socialista como anarquista, en el primer tercio del siglo XX. En su estudio sobre *El Socialista*, Molero (2001a) desvela los ataques que el discurso oficial de la caridad burguesa sufrió a manos del órgano oficial del PSOE, a cuenta de la organización de una cuestación a beneficio de los tuberculosos pobres en 1913. Resultan igualmente destacables sus investigaciones, junto a Isabel Jiménez Lucena y Carlos Tabernero Holgado (2013), sobre la Obra Popular Antituberculosa de Cataluña entre 1931 y 1932, un intento frustrado de organizar una institución antituberculosa en el seno de la CNT, en el que *Solidaridad Obrera*

desempeñó un papel clave. No podemos dejar de mencionar, asimismo, el amplísimo estudio de J.L. Barona (2007) sobre José Chabás y su *Revista de Higiene y Tuberculosis*, una de las revistas más relevantes sobre esta enfermedad en la Historia del periodismo español. También traemos aquí el análisis de la *Revista española de tuberculosis* como fuente para el conocimiento de la lucha antituberculosa durante la Segunda República que publicamos en 2012. En esta línea de investigación queda, sin embargo, mucho por hacer en el campo de la prensa periódica generalista, ya que su estudio en largos periodos puede darnos una nueva visión del problema tuberculoso y de su verdadera dimensión en la opinión pública.

Otro medio de comunicación que ha merecido el interés de los historiadores en los últimos años es el cartel sanitario. El primer acercamiento, centrado en la lucha antivenérea y la protección de la salud materno-infantil, se lo debemos a Castejón, Perdiguero y Ballester (2006), aunque la obra de conjunto más relevante publicada hasta ahora es sin duda *Las Imágenes de la Salud: Cartelismo sanitario en España (1910-1950)*, editada por Castejón y Perdiguero, junto a José Luis Piqueras, en 2012. Como ha constatado Roman Gubern (2013), esta faceta del cartelismo español había sido hasta ahora prácticamente desatendida, por lo que dicha publicación consolida una vía de investigación de gran potencialidad en la que salud, sociedad y comunicación se dan la mano. Por lo que respecta a la tuberculosis, es precisamente en esta obra donde encontramos un buen acercamiento de Molero (2012) a los carteles de divulgación antituberculosa en las primeras cuatro décadas del siglo XX.

La utilización de la radio como difusor de enseñanzas sanitarias también ha sido objeto de algunas investigaciones, aunque la imposibilidad de acceder directamente al registro sonoro histórico ha limitado su campo de acción. En efecto, las únicas fuentes disponibles suelen ser las escasas publicaciones contemporáneas sobre los propios guiones radiofónicos, simples menciones en la literatura antituberculosa o las parrillas de programación de las emisoras. Destacamos en este ámbito los trabajos de Isabel Jiménez Lucena, María José Ruiz Somavilla y Jesús Castellanos Guerrero (2002), en torno a un ciclo de conferencias radiadas sobre higiene materno-infantil durante los años 1939 y 1940 en Málaga; y, más recientemente, de Josep Bernabeu Mestre, Eva Trescastro López y María Eugenia Galiana Sánchez (2011) acerca de la divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la Segunda República. En ambos casos, la lucha contra

la tuberculosis forma parte de los fines sanitarios generales de los programas.

Por lo que respecta al cine, el escaso desarrollo de la industria, unido a otras circunstancias que analizaremos a lo largo de este trabajo, han hecho que las producciones sobre divulgación sanitaria sean realmente escasas en España. No es el caso de países como Reino Unido, donde la existencia de cine sanitario desde fechas muy tempranas ha brindado a los investigadores grandes posibilidades (Boon, 2005; *Id.*, 2010).

Los análisis más completos y documentados sobre este tipo de cine –discursos y narrativas, propaganda, contexto histórico, político y cultural, etc.– en nuestro país, limitados a unas cuantas producciones, son obra de Castejón, Perdiguero y Ballester (2007), de Francisco Javier Martínez Antonio (2009) y de Tabernero Holgado, Jiménez Lucena y Molero Mesa (2012).

En el primer caso, las películas tratadas son *Valencia, protectora de la infancia*, de 1928, y *Nuevas vidas*, de 1936, ambas dedicadas a la salud infantil con carácter general, aunque en la segunda encontramos alguna mención explícita a la prevención de la tuberculosis. Por su parte, tanto Jiménez Antonio como Tabernero *et al.* han analizado las manifestaciones del cine sanitario colonial español en Guinea Ecuatorial y Marruecos, entre las que nos interesa especialmente *Enfermos en Ben-Karrich*, un cortometraje rodado en 1949 sobre un sanatorio antituberculoso instalado en el Protectorado.

En nuestra historiografía, echamos de menos más análisis sobre otras películas sanitarias y especialmente sobre la tuberculosis, que si bien no abundan en los archivos cinematográficos españoles, merecen un tratamiento particularizado. En este sentido, en el presente trabajo hemos intentando adentrarnos en dicho vacío, mostrando siquiera un camino que entendemos lleno de oportunidades no sólo para los historiadores de la Medicina, sino también a los expertos en otras disciplinas, como la Historia del cine.





Fig. 11.— Algunos tipos de fuentes utilizados durante la investigación.

## 1.4. FUENTES Y METODOLOGÍA

Para el desarrollo de nuestra investigación hemos recurrido a un amplio repertorio de fuentes, entre las que los medios de comunicación ocupan un puesto preeminente. No nos hemos limitado a la prensa periódica, sino que hemos abierto nuestro campo de acción a todo producto de comunicación social susceptible de interés para nuestro estudio.

En el ámbito periodístico, nuestra atención se ha dirigido especialmente a las **publicaciones especializadas** en tuberculosis. Hemos consultado en la Biblioteca Nacional y la Hemeroteca Municipal de Madrid todos los números de la *Revista Española de Tuberculosis* (1930-1936) que se publicaron durante la Segunda República, tanto por la relevancia científica de esta cabecera como por su condición de espacio de encuentro y debate médico en un momento en el que la sanidad española experimentaba profundos cambios organizativos. También hemos accedido a los números aparecidos durante su etapa franquista, en la década de los 40, y a los de su sucesora natural, *Enfermedades del tórax*, en los 50 (*vid. infra* § 3.3.2 y 3.3.3).

También en la Hemeroteca Municipal de Madrid hemos logrado localizar una publicación hasta ahora inédita, el periódico del sanatorio antituberculoso popular de Porta Coeli, en Valencia. Lamentablemente, la institución madrileña conserva tan sólo el primer número, aparecido en 1899, que sin embargo presenta un gran interés para nuestra investigación (*vid. infra* § 3.3.1).

Asimismo, nos ha sido de gran utilidad el exhaustivo análisis efectuado por Barona (2007) de la otra gran publicación especializada de nuestro periodo de referencia, la valenciana *Revista de Higiene y Tuberculosis*. Para completar este grupo de fuentes periodísticas, ha sido fundamental el

excelente catálogo de revistas médicas españolas publicadas entre 1736 y 1950 de López Piñero y Terrada (1990), así como algunas referencias puntuales de Molero (1989a) a cabeceras de la prensa médica, como *La Medicina Ibero*.

En lo que se refiere a las **publicaciones periódicas** de carácter general, además de la consulta física de las mismas, nos hemos valido fundamentalmente de numerosos recursos disponibles en red, tanto a través de la Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional como de la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, que reúne en un solo portal la información de decenas de hemerotecas españolas. Hemos recurrido igualmente al archivo histórico de *ABC* y *Blanco y Negro*, publicaciones de innegable valor periodístico. En este sentido, las nuevas tecnologías ofrecen la oportunidad de realizar búsquedas exhaustivas en función de los descriptores adecuados, aunque, como contrapartida en el caso de *ABC* y *Blanco y Negro*, las copias obtenidas de la publicación original presentan una incómoda marca de agua que les resta legibilidad.

En las cabeceras de periodicidad diaria, las referencias a la tuberculosis en el marco temporal de este trabajo son inabarcables. Aunque consideradas de forma aislada la mayor parte de ellas resultan intrascendentes, en su conjunto evidencian que la tuberculosis formaba parte de la agenda habitual de los medios de comunicación y que, por lo tanto, la enfermedad y todo lo que se desenvolvía a su alrededor interesaba de algún modo a los lectores. Para nuestro trabajo, hemos seleccionado las informaciones o piezas de opinión más relevantes, especialmente cuando forman parte de una campaña o una serie de artículos o reportajes, o cuando reflejan un acontecimiento especialmente significativo.

Por lo que respecta al **cine**, nuestra principal vía de acceso a las producciones originales ha sido la Filmoteca Española, para documentales de carácter educativo —muchos de ellos hasta ahora inéditos—, y el portal digital dedicado a los archivos de NO-DO que esta institución mantiene en colaboración con Radio Televisión Española (*vid. infra* § 3.3.2 y 3.3.3).

En cuanto a la **radio**, hemos rastreado diversas publicaciones que se reproducen literalmente algunas conferencias radiofónicas, así como en las parrillas de programación publicadas por *ABC* y algunas referencias puntuales de la literatura secundaria (*vid. infra* § 3.3.2 y 3.3.3).



En el caso de los **carteles**, su origen es bastante diverso. Hemos localizado algunos ejemplares en los archivos de diversas instituciones, como el Centro Documental de la Memoria Histórica o la Biblioteca Nacional, mientras que otros tantos han sido recogidos por diversos investigadores en fechas recientes (Castejón *et al.*, 2006; Molero, 2012; Perdiguero, 2009 y 2012). Entre ellos hemos de destacar un cartel de principios del siglo XX, realizado por José Verdes Montenegro, fundador del primer dispensario antituberculoso de España. Se trata de un cartel inédito –hasta donde hemos podido comprobar– y para cuya localización ha sido necesario recurrir a los canales de compra-venta de antigüedades y coleccionismo (Fig. 40).

También han sido fuentes esenciales de nuestra investigación la **literatura médico-social** de todo el periodo estudiado; los **manuales escolares**, **cartillas** y otros **materiales de divulgación**; las memorias de los organismos oficiales encargados de la lucha antituberculosa y resto de **literatura gris**; diversa documentación custodiada en la Real Biblioteca, el Archivo General del Palacio Real y el Archivo Regional de Madrid; y la normativa y disposiciones contenidas en la *Gaceta de Madrid*, la *Gaceta de la República* y el *Boletín Oficial del Estado*.

Llegados a este punto, hemos de reseñar dos tipos de fuentes que, aunque han salido al paso de nuestra investigación en numerosas ocasiones, merecerá la pena estudiarlas más a fondo en futuras investigaciones: ni el objeto de las mismas ni nuestra capacidad de estudiarlas han podido hacer de ellas un punto de apoyo determinante. Nos referimos a los posibles mensajes intencionados, por un lado, bajo la publicidad y, por el otro, en tebeos o géneros similares.

En el ámbito publicitario, no cabe duda de la profusa presencia de todo tipo de **anuncios** orientados a la captación directa de clientes de medicamentos, sanatorios, instrumental quirúrgico, etc., especialmente en las páginas de la prensa periódica. Pero, no por ello menos importante, hay que considerar otro tipo de publicidad comercial igualmente interesante aunque no tan evidente. En este sentido, aún sin haber realizado búsquedas intensivas, algunos de los ejemplos que aportamos revelan que, no siendo la tuberculosis el objeto principal de los creadores, el mensaje se muestra plenamente contextualizado en los discursos de la arena política del momento. Este será el caso, por ejemplo, de una casa comercial catalana dedicada a la fabricación de jabones, capaz de sintetizar en un lema comercial de pocas líneas y aparentemente inocuo o chistoso las distintas

posiciones en la lucha antituberculosa de buena parte de los siglos XIX y XX (*vid. infra* § 3.3.1).

En lo referente al mundo del **tebeo** y otros géneros similares, no hemos realizado una búsqueda intensiva de ejemplos en los que la tuberculosis se convierta en motivo central o accesorio en este género. Sin embargo, la presencia de mensajes de alto contenido propagandístico en otros materiales destinados al público infantil expuestos en esta Tesis, como los manuales escolares o algunos carteles, nos hacen pensar en la potencialidad del tebeo como fuente para el estudio de mensajes encubiertos en el tema antituberculoso en futuras investigaciones (*sensu* Rueda, 2015).

Asimismo, buena parte de la estructura de esta Tesis se debe a la consulta de numerosas investigaciones relacionadas con nuestro objeto de estudio y marco temporal, lo que incluye un amplísimo abanico de temas, desde los puramente sanitarios hasta los comunicativos, pasando por el acontecer político, económico y social. En este sentido, el uso de **literatura secundaria** de otros países nos ha permitido contextualizar la situación de España en el plano internacional.

Queremos, por último, realizar algunas consideraciones sobre la prácticamente nula disponibilidad de fuentes primarias sobre la organización de la lucha antituberculosa en nuestro país. Como ya puso de manifiesto Molero Mesa (1989: 3), en España no disponemos de ningún archivo central que custodie la documentación generada por los diversos organismos que se encargaron de esta tarea. Nuestras búsquedas sistemáticas en el Archivo General de la Administración, completamente infructuosas, corroboran esta afirmación.

Además, cuando la documentación sobre la organización de la lucha antituberculosa llega hasta nuestros días lo hace muchas veces en condiciones precarias y completamente disgregada, lo que impide cualquier estudio de conjunto. Podemos citar, por ejemplo, el archivo de los dispensarios antituberculosos de la Comunidad Valenciana, que fue encontrado a finales de los años 90 en un almacén del puerto de Valencia de forma totalmente casual, aunque incompleto y «*en un estado lamentable*» (Sanz *et al.*, 1999: 12).

Por todo lo expuesto, estamos más que de acuerdo con Molero (1991: 348) en que el investigador español en el área contemporánea no puede más que sentir «*envidia*» cuando constata, como es nuestro caso, la variedad e integridad de la documentación disponible en otros países que han

mostrado más respeto por su pasado, frente a la pobreza del patrimonio documental nacional.

Con todo, consideramos que el trabajo aquí presentado aún y aumenta con coherencia todas las fuentes disponibles en la materia y permite ofrecer una completa visión de la historia de la comunicación social en la lucha antituberculosa desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX.



## **2. LA TUBERCULOSIS COMO UNA ENFERMEDAD SOCIAL**

Los dos factores que hicieron de la tuberculosis una enfermedad eminentemente social en el periodo histórico objeto de este trabajo son su alta frecuencia y una etiología estrechamente ligada a las precarias condiciones de vida de amplias capas de la sociedad (Molero, 1987: 20). En este sentido, creemos con Bernabeu-Mestre *et al.* (2006: 182) que la creencia de que el estado de salud de un grupo humano no sólo está estrechamente relacionado con las características biológicas y sociales de cada uno de sus miembros, sino también con la organización económica y política, con la estructura social.

La tuberculosis, elevada a la categoría de enfermedad social, es, por tanto, una consecuencia lógica de este orden, un mal que trascendió el ámbito de la experiencia patológica individual para convertirse en un fenómeno social inserto en todos los ámbitos de la vida colectiva. Bajo este punto de vista, no podemos permanecer ajenos al plano comunicativo, pues como todo fenómeno social complejo, el problema tuberculoso generó sus propios discursos y narrativas, cuyo análisis no debe olvidar el contexto en el que se generan.

En España, la tuberculosis comenzó a adquirir los rasgos de una enfermedad social mediado el siglo XIX, coincidiendo con los profundos cambios que el incipiente proceso de industrialización producía en los ámbitos económico y social. Aunque la tuberculosis ha afectado a las comunidades humanas desde épocas muy tempranas (Sauret, 1990; Báguena, 1992), fue en este momento histórico cuando la tuberculosis encontró el caldo de cultivo perfecto para su expansión en los grandes núcleos urbanos, a los que afluían grandes contingentes de población rural.



FIG. 12.— Interior de una subvivienda en la muralla de Lérida, 1928. Foto: Corella, Archivo del Ministerio de Fomento (Arias, 2009: 26).

La explicación hay que buscarla en una serie de fallos de mercado aparejados al crecimiento descontrolado de las ciudades, que derivaron en una sobremortalidad generalizada. Es el fenómeno de *urban penalty*, es decir, la capacidad que el espacio urbano tuvo para influir negativamente en la salud de las personas, haciendo que las tasas de mortalidad en las ciudades fueran mayores que en el ámbito rural (Escudero y Nicolau, 2014; Martínez-Carrión *et al.*, 2014; García y Salort, 2014). Estudios de carácter local, como los de Fernández García (1985, 1987, 1989) para Madrid, Useros y Zapatero (1986) para Valladolid y Villanueva Edo (1990) para Vizcaya, han puesto de manifiesto de forma muy clara la relación entre la llegada masiva de mano de obra desde zonas deprimidas o rurales hacia las grandes concentraciones urbanas o industriales y la proliferación de la tuberculosis, entre otras enfermedades infecciosas (Fig. 12).

Amén de todo tipo de remedios mitológicos y farmacopeas consuetudinarias con amplia presencia en el pueblo llano (Domínguez, 2000b: 42)<sup>1</sup>, la lucha antituberculosa formal y académica se

1 Llamam la atención todo tipo de remedios tradicionales para “combatir” la tuberculosis, desde depositar crías de

basó desde sus inicios en el binomio semilla-terreno: la semilla sería el bacilo que disemina la enfermedad y el terreno el organismo humano. Ante la inexistencia de quimioterapia eficaz o vacuna contra la tuberculosis, la única forma de evitar su propagación era fortalecer el terreno para que la semilla no lograra prender y, de igual modo, evitar todo aquello que pudiese debilitar al individuo (Codina, 1916: 173; Malo, 1920: 82).

El objeto prioritario de la acción contra la tuberculosis así concebida eran los obreros, más expuestos al bacilo por sus peores condiciones de vida y, como veremos, por su propensión a determinadas conductas consideradas incompatibles con el sistema de valores de la burguesía, como ha expuesto Molero (1989b: 195ss). Aunque con el paso de los años la terminología empleada fue actualizándose, estos conceptos no perdieron su vigencia. En la batalla contra la tuberculosis, el factor que marcaba la diferencia era la fortaleza del individuo.

La capacidad de resistencia del organismo dependía de un amplio espectro de factores, que se pueden dividir en tres grupos: los consustanciales a la constitución física o genética del individuo; los que venían dados por el entorno en el que este individuo se desenvolvía; y, finalmente, los que se derivaban de sus acciones.

El primero se basaba en la creencia de que las taras físicas y mentales provocadas por la propia tuberculosis, el alcoholismo y las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, se transmitían de padres a hijos en forma de debilidad congénita o predisposición a la tuberculosis (Malo, 1912e: 52ss; Camino, 1914: 6; Garrido-Lestache, 1933: 3). Uno de los principales defensores de esta teoría en España fue Bernabé Malo de Poveda (1912d: 66; 1912e; 1912f; 1913), destacada figura de la lucha antituberculosa española en las tres primeras décadas del siglo XX<sup>2</sup>. Otros galenos con gran protagonismo en el aparato antituberculoso oficial, como Antonio Espina y Capo<sup>3</sup> (1905: 28; 1912a: VIII), compartieron estos postulados y abogaron, como Malo, por establecer controles sanitarios sobre el matrimonio<sup>4</sup> para evitar que se engendraran

---

gato muertas sobre el pecho del enfermo (Villar, 1993: 214), hasta beber leche de mujer (Domínguez, 2000a: 8).

<sup>2</sup> Véase capítulo 3.3.1.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Campos *et al.* (2000: 178ss) han profundizado en el debate sobre el establecimiento de exámenes médicos prematrimoniales en la España de la Restauración.





FIG. 13.— Portada de *Amor y Conciencia*, obra de teatro escrita por Malo de Poveda (1913) en la que intentaba ejemplificar las terribles consecuencias de los matrimonios tuberculosos.

«[...] criaturas débiles, paliduchas, desmirriadas, enclenques, a las que todos los cuidados de la higiene y todos los recursos de la terapéutica no bastarán para hacerlas útiles a sí mismas y a la sociedad [...]» (Malo, 1912e: 58s).

Además, a las taras físicas de esta prole se sumaban una «*inteligencia dormida y deseos vehementísimos*», y un carácter ruin y eminentemente malvado (Malo, 1913: 28).

En su afán eugenésico<sup>5</sup>, Malo llegó a clamar, incluso, por la contracepción a pesar de las trabas morales, siempre que de ese modo pudiese evitarse el nacimiento de una criatura marcada de por vida por las taras tuberculosas (Fig. 13). Todas estas cuestiones tuvieron eco en la revista fundada por el propio Malo, *La Medicina Social Española*<sup>6</sup>, dedicada a defender «*el bien de la familia, de la entidad colectiva, sea cual fuere; de la raza, en fin*»<sup>7</sup>.

Volviendo a las causas de la tuberculosis, en el segundo grupo que ya hemos apuntado se reunían factores muy variados, como la salubridad de la vivienda y del puesto de trabajo; la naturaleza de ese trabajo, las condiciones en que se realizaba, su dureza, la duración de las jornadas laborales, los jornales; la cantidad y calidad de los alimentos; el urbanismo armónico y planificado; el saneamiento y la higiene pública; el acceso al agua potable, etc.

Entre todos estos factores, el de la vivienda es uno de los más estudiados. De hecho, la tuberculosis recibió, entre otros epítetos, el de «*enfermedad de la vivienda*» (Buendía, 1933: 34) por

<sup>5</sup> Para una visión general sobre el movimiento eugenésico y degeneracionista en España, véase Álvarez, 1988 y Campos, 1998.

<sup>6</sup> Publicada en Madrid entre 1916 y 1920 (López y Terrada, 1990: 101).

<sup>7</sup> “Saludo”, *La Medicina Social Española*, 5-I-1916, p. 8.



la relación directa entre la tuberculosis y las condiciones de habitabilidad del espacio doméstico. Los tratadistas de la Restauración fueron probablemente los que con mayor profusión describieron las casas de los tuberculosos pobres, en las que reinaban el hacinamiento, la suciedad y la falta de ventilación. Veamos algunos ejemplos:

*«Duermen en los sótanos y trastiendas de los comercios, tabernas y bodegones [...] en donde los patronos se guardarían muy bien de albergar a sus hijos, ni siquiera almacenar sus géneros.»* (Guerra, 1903: 9).

*«Pocilga inmunda, oscura y húmeda; toda la familia durmiendo en un mísero cuarto, quizás en el mismo lecho, respirando la tisis y la escrófula, compañeras inseparables de la miseria y del hambre [...]»* (Fernández-Caro, 1909: XIII).

*«Las casas están como entupidas de habitantes; cada rellano es un pueblo; cada puerta una tribu; cada alcoba una familia. La escalera es pestilente; las puertas exhalan el vaho del pudridero; el aire acre, pastoso, averiado, mugriento, abrasa la garganta. Por el comedor sucio, vais a los cuartos fétidos. ¿Qué fueron en su primer día esas paredes hoy rezumantes de grosura? ¿Qué esos muebles de craseza? [...] Las ventanas se cierran por miedo al frío; las puertas oclusas por miedo al aire [...]»* (Queraltó, 1910: 14)

El ejemplo de la ciudad de Madrid a comienzos del siglo XX sea quizás uno de los mejor documentados (Fig. 14). En la capital, que recibió el epíteto de ‘ciudad de la muerte’ (Revenga, 1901: 9), los estratos más bajos de la sociedad malvivían en habitaciones insalubres, sótanos, buhardillas y desvanes. Existían 200 casas de dormir y 638 casas de vecindad, donde se apiñaban 52.000 personas sin ventilación, iluminación natural ni agua corriente (Guerra, 1903: 7s). En las corralas de Madrid se apiñaban centenares de personas sin las más mínimas condiciones higiénicas. Podemos encontrar excelentes descripciones de este tipo de construcción en Hauser ([1902]: I, 322ss) o como en el siguiente fragmento de *La busca* de Baroja ([1904]: 67s):

*«Hallábase el patio siempre sucio; en un ángulo se levantaba un montón de trastos inservibles, cubierto de chapas de cinc; se veían telas puercas y tablas carcomidas [...]: un revoltijo de mil diablos. [...] Solían echar también los vecinos por cualquier parte la basura, y cuando llovía, como se obturaba casi siempre la boca del sumidero, se producía una pestilencia insoportable de la corrupción del agua negra que inundaba el patio, y sobre la cual nadaban hojas de col y papeles pringosos»<sup>8</sup>.*

8 Sobre el realismo y la validez como fuente histórica de la narrativa barojiana, véase Marín (2011: 14).



FIG. 14.— Aspecto de un grupo de casas y habitantes del barrio de Las Injurias, situado entre los actuales paseos de Acacias y Yeserías y uno de los más pobres de Madrid, en 1909. Foto: [www.flickr.com/photos/32513660@N00/4327070323/in/album-72157630583508524](http://www.flickr.com/photos/32513660@N00/4327070323/in/album-72157630583508524) (acceso 26-X-2015). Según ABC ("Desaparición de un Barrio. Las Injurias", 11-IX-1906, p. 9), el Ayuntamiento de la capital anunció su derribo en 1906. Sin embargo, otra noticia del mismo diario ("Notas municipales", 26-II-1909, p. 9) demuestra que no era sencillo acabar con estos focos de pobreza extrema, puesto que todavía se estaban produciendo desalojos en esta zona 1909.

En efecto, los censos de la época muestran una y otra vez cómo las muertes por tuberculosis se concentran en los distritos más pobres y superpoblados, que también estaban peor dotados en materia de saneamiento, abastecimiento de agua potable y alcantarillado (Hauser, [1902]: I, 209ss; *Ibid.*: II, 129ss; Revenga, 1901: 38s; Fernández-Cuesta, 1909: 169ss; Sierra, 1912: 5ss; Chicote, 1914; Codina, 1916) (Fig. 15). Este fenómeno se produjo por igual en otras grandes ciudades, como Barcelona, cuyo caso ha sido ampliamente estudiado por Miralles Buil (2014, 81ss).

Cincuenta años después, a mediados de siglo, las carencias en el equipamiento higiénico-sanitario de los hogares continuaban siendo un grave problema en grandes áreas rurales. Así, las actuales comunidades autónomas de Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Navarra, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y las Islas Canarias, así como toda Andalucía,





FIG. 15.— Distribución de la mortalidad en los distritos y barrios de Madrid en 1914. Tasas por 1.000 habitantes (RPADE, 1925).

excepto las provincias de Córdoba y Sevilla, padecían el mayor índice de insalubridad en viviendas de toda España. En estas zonas, sólo disfrutaba de agua corriente, de media, el 19,6% de las casas; de inodoro, el 14,8%; de retrete, el 17,3%; de baño, el 5,3%; y de pila para lavar, el 9,6% (Bernabeu-Mestre *et al.*, 2006: 187).

El fenómeno de la malnutrición también gozó de gran atención en todo el periodo que nos ocupa. El encarecimiento de los productos de primera necesidad que se produjo a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, merced a las cada vez mayores posibilidades recaudatorias del impuesto de consumos (Vallejo, 1996: 348, nota 14 y 363, nota 54), incidió directamente sobre el estado de salud de la población más débil. A pesar de que el impuesto de consumos se eliminó finalmente

en 1911<sup>9</sup>, las dificultades de las clases bajas urbanas, especialmente, para mantener una dieta que cubriera las necesidades nutricionales más básicas continuaron siendo una realidad cotidiana a causa de la carestía de los alimentos y la escasez de los jornales (Álvarez y Rodríguez-Villamil, [1912]: 164 y ss.; Ibarrola Suárez, 1933: 50).

El hambre adquirió un renovado protagonismo durante la Guerra Civil y la primera posguerra, cuando los problemas de desnutrición alcanzaron a amplios sectores de la sociedad española. Investigaciones de afamados médicos pusieron de manifiesto las carencias en la nutrición de los habitantes de las medianas y grandes ciudades. Para el bienio 1941-1942, un equipo bajo la dirección del Dr. Jiménez Díaz investigó la alimentación de una muestra de más de 700 familias del barrio de Puente de Vallecas, en Madrid. La conclusión fue que los niveles calóricos medios representaban entre el 57,3 y el 79,9% de las necesidades mínimas.

No es de extrañar, por tanto que, en 1943, un especialista en nutrición de la Sociedad de Naciones ratificara que la situación de extrema necesidad que se había iniciado durante la Guerra Civil persistía en España. La Segunda Guerra Mundial no había hecho sino agravar las dificultades económicas y sociales del país (Barona, 2006: 32).

En 1948 otro estudio, realizado por Vivanco, Palacios, Rodríguez Miño y otros colaboradores en el barrio de Cuatro Caminos, también en Madrid, obtuvo unos resultados ligeramente mejores que los anteriores en el número de calorías ingeridas, pero con graves desequilibrios nutricionales por la monotonía y pobreza de la dieta. Las consecuencias eran retraso en el desarrollo físico en el 18,5% de la muestra, cifra que se elevaba al 31,4% en el tramo comprendido entre los seis y doce años, sobre todo por una baja ingestión de calcio. Por su parte, el 20% de los individuos analizados presentaba adelgazamientos graves y fatiga persistente (Bahamonde, 1993: 20). En el entorno rural, enfermedades carenciales como el latirismo, causada por una alimentación basada casi exclusivamente en la harina de almortas y sin proteína animal, ejemplifican que esta situación no estaba circunscrita sólo a las grandes ciudades (Cura y Huertas, 2007).

---

9 Ley suprimiendo el impuesto de consumos, sal y alcoholes de 12-VI-1911, en *Gaceta de Madrid*, 14-VI-1911.





FIG. 16.— Fotograma del documental de educación sanitaria *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942), en el que se muestra la triada perniciosa del ambiente tabernario: alcohol, tabaco y juego. El cliente habitual es el obrero, como puede apreciarse por la vestimenta de los protagonistas.

En este contexto, es necesario dirigir nuestra atención a los factores relacionados con las acciones individuales. Aunque no faltaron quienes, en los primeros años del siglo XX, incluyeron en este grupo de causas íntimamente relacionadas con el contagio el tabaquismo y la prostitución (Fatás, 1905: 52; Ferrand, 1910: 7; Espina, 1912c: 396; Camino, 1914: 7; Codina, 1916: 177), la literatura antituberculosa señaló al alcoholismo como el principal y más pernicioso vicio del obrero (*vid. infra.* § 3.3.1 y 3.3.3) (Fig. 16).

De este modo, la taberna se convirtió en el centro de todos los odios. En ella, el mísero jornal se transformaba en alcohol (Cortejarena, 1912: 9), que, además, dañaba sin remisión las resistencias orgánicas del obrero y degradaba su moral e inteligencia (Fernández-Caro, 1909: XIV).

También sustraía al obrero del ocio higiénico, esto es, del contacto con la naturaleza y el aire puro en sus escasos momentos de asueto, y le impelía a un estado de abandono y a descuidar su alimentación e higiene personal (Cerviá, 1933b). La taberna continuó utilizándose como icono de la vida insana durante muchas décadas, como tendremos oportunidad de comprobar en el desarrollo de este trabajo<sup>10</sup>.

Aunque en muchas ocasiones el alcoholismo no era más que una válvula de escape para el desesperado (Gimeno, 1903: 45; Codina, 1916: 178), sus efectos provocaban un severo daño sobre todo el cuerpo social. Los individuos embrutecidos por el alcohol o la sífilis eran presa fácil de la tuberculosis, restando brazos a la fuerza productiva de las economías naciones. Además, el alcohol tenía mucho que ver con otros males que, como la tuberculosis, distorsionaban el orden y la convivencia, por mucho que fuese hijo de la ignorancia y de la sociedad humana (Queraltó, 1910: 23). En efecto, el alcoholismo aparecía frecuentemente asociado no sólo a la tuberculosis, sino a la delincuencia y a la más profunda degradación del ser humano:

*«Por hábito, por error, por vicio, por imitación, en general, el obrero, es alcohólico, e importa mucho a éste, a los patronos y a los Gobiernos, que no lo sea.*

*No siéndolo, mejorará su trabajo y alargará su vida, favoreciendo, la raza; disminuirán la criminalidad, el suicidio, la locura y los accidentes de trabajo, disminuyendo también la tuberculosis, ese terrible azote de la familia obrera, pues, como dice Landouzy, «el alcoholismo hace la cama a la tuberculosis» [...]» (Fernández-Cuesta, 1909: 29).*

*“[...] las relaciones de causalidad [están] bien estudiadas entre el consumo de alcohol que un pueblo hace, y la tuberculosis, la criminalidad, la inmoralidad, el suicidio y la locura que ese pueblo padece» (Malo, 1920: 81s).*

*«Su uso predispone no solamente a la tuberculosis y otra porción de enfermedades, sino a los impulsos violentos, al crimen y al suicidio, obscureciendo además la inteligencia y conduciendo a la locura en sus diversas formas.» (Garrido-Lestache, 1933: 6)*

Además de los vicios, existían otras conductas o actitudes que hacían caminar a algunas personas, de forma inconsciente, hacia la tuberculosis. Valdés Lambea (1923: 12) se mostró especial-

---

10 Véase, por ejemplo, los epígrafes dedicados a comunicación social del capítulo 3.3.

mente preocupado por lo que él mismo calificó de «*invasión creciente de la pasión por el lujo*», que no sólo afectaba a los obreros:

*«La miserable clase media y el elemento obrero sedientos de vivir en un ambiente que de ningún modo puede sostener; cultivando una farsa permanente, se entregan indefensos a la tuberculosis que acabará con nosotros si no nos convencemos enseguida de que no hay otra manera, hoy por hoy, de luchar contra el mal que el esfuerzo de nosotros mismos.*

*En este sentido el afán de salir del lugar que nos corresponde nos obceca y nos mata. Cada uno quiere hacer igual o más que el que está arriba y esto es en contra de la carne, de la leche y de los huevos y hasta del mismo pan. En contra de la vivienda sana y del mismo indispensable jabón»* (Valdés, 1923: 12).

Otros autores, como Francisco de Cortejarena (1912: 9), director general de Sanidad entre 1900 y 1901<sup>11</sup>, prefirieron achacar este vicio exclusivamente a las clases altas, que también sufrían por su culpa la tuberculosis.

Como hemos visto, el higienismo construyó un discurso en torno a las causas sociales de la tuberculosis, fuese cual fuese su naturaleza, en el que el fortalecimiento del individuo y del cuerpo social era la prioridad. De este modo, junto a demandas relacionadas con las condiciones de vida de las clases más desfavorecidas, encontramos prescripciones mucho más relacionadas con las conductas e incluso con la forma de concebir la convivencia entre los distintos grupos del orden social.

---

11 El nombramiento se produjo el 5-I-1900 (*Gaceta de Madrid*, 7-I-1900) y el cese, el 10-III-1901 (*Gaceta de Madrid*, 11-III-1900).





### **3. LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA. UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA Y COMUNICATIVA**

#### **3.1. CONTEXTO SANITARIO GENERAL**

En la transición del siglo XIX al XX, España sufría un gran atraso sanitario con respecto a los países de su entorno (García y Álvarez, 1994: 24s). Aunque el nacimiento del liberalismo político había traído consigo, al igual que en muchos otros planos de la vida nacional, una voluntad de modernización en el campo de la salud colectiva, el triunfo de planteamientos contrarios a ese espíritu reformador frenó cualquier avance significativo (Barona, 2009: 10).

En efecto, la situación de la salud pública respondía a la total ausencia de una estrategia de Estado. En su concepción decimonónica, la sanidad se asociaba fundamentalmente al control epidémico, a la protección contra amenazas exteriores que podían desencadenar episodios de mortalidad catastrófica, y a esa función responde el diseño del aparato administrativo y legislativo (Barona, 2002: 49ss).

Por lo tanto, los poderes públicos sólo activaban todos sus resortes cuando se producía una situación de emergencia generalizada, como las grandes epidemias de cólera que tanta repercusión política y mediática tuvieron a lo largo del XIX<sup>12</sup>, con consecuencias desastrosas (Pulido, 1902: 53ss; Gimeno, 1903: 17), e incluso, bien entrado el siglo XX, con el episodio de gripe de 1918<sup>13</sup>.

Esta forma de actuar no es ninguna anomalía, sino una manifestación más de una intervención muy débil de la Administración en todo lo relacionado con los servicios destinados al bienestar

---

12 El trabajo de Fernández Sanz (1990) sobre la epidemia de 1885 es un excelente retrato de este fenómeno.

13 La tesis doctoral de Porras (1994) también nos ofrece un retrato muy completo sobre las implicaciones sociales de esta epidemia.

colectivo en esta época (Gutiérrez Sánchez, 1989: 426; *Id.*, 1990: 162; Matés, 2008: 196). A ello se unirá la incultura sanitaria de las clases dirigentes y su incapacidad para reconocer la relevancia que la salud de la población tenía para el desarrollo del país (Pulido, 1902: 52; García y Álvarez, 1994: 31; Galiana y Bernabeu-Mestre, 2006: 144).

Durante toda la segunda mitad del siglo XIX, la sanidad española tuvo que regirse conforme a una *Ley de Sanidad* promulgada en 1855, en la que se consagra una visión de la sanidad más ligada al orden público que a la salud. La Dirección General de Sanidad, máximo órgano rector del Estado en la materia, quedará encuadrada en la estructura del Ministerio de la Gobernación, puesto que no abandonará hasta la Segunda República (Barona, 2002: 49ss)

Pese a los adelantos que fueron produciéndose en el ámbito científico, social y económico, los poderes públicos no introdujeron ningún tipo de actualización significativa en la reglamentación sanitaria, bien por puro desinterés, bien porque los vaivenes políticos lo impidieron en sucesivas ocasiones (Pulido, 1902: 47ss; García y Álvarez, 1994: 37-38). Precisamente esa inestabilidad sometió a la Dirección General de Sanidad a constantes cambios organizativos, e incluso a su desaparición por algunos años (Barona, 2002: 49ss). Además, en los últimos años del XIX, superadas ya las grandes oleadas coléricas, los presupuestos sanitarios del Estado<sup>14</sup> experimentaron un descenso importante. Así, se pasará del máximo histórico del bienio 1885-1886, 1,29 millones de pesetas, a tan sólo 459.000 pesetas en el bienio 1890-1891 (Pulido, 1902: 68) (Fig. 17).

Por este motivo, la Dirección General de Sanidad será por mucho tiempo un departamento más simbólico que efectivo, pues sus competencias limitadas y, sobre todo, su reducido presupuesto dejaban a su titular un escaso margen de maniobra. Además de la sanidad exterior o marítima –control sanitario de los puertos–, la Dirección General de Sanidad tenía competencias en higiene pública, vacunas, nuevos remedios, epidemias, cementerios e inhumaciones, aguas minerales, juntas municipales y provinciales de sanidad e inspección de carnes, entre otras. Sin embargo, escapaban de su control aspectos tan relevantes como los hospitales y los médicos municipales (Pulido, 1901: 2; *Id.*, 1902: 58; Barona, 2002, 50-51).

---

14 Incluyen Sanidad Exterior, Real Consejo de Sanidad, Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y Dirección General de Sanidad.

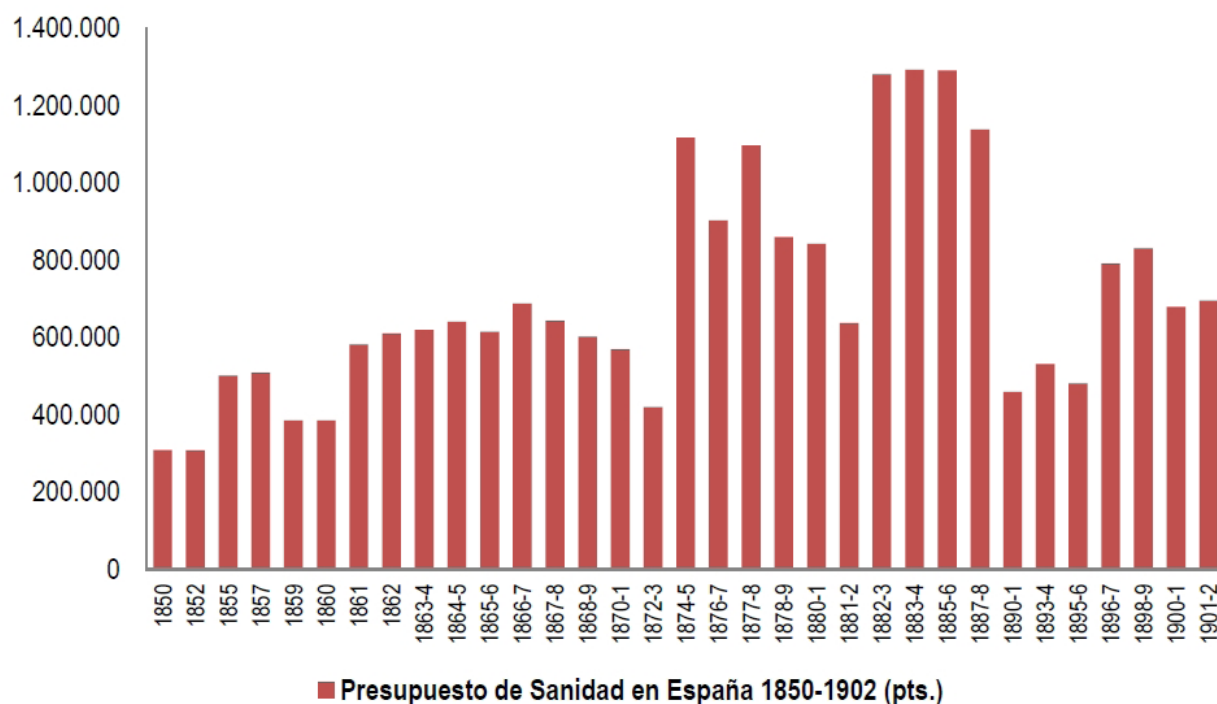


FIG. 17.— Evolución del presupuesto de sanidad en España 1850-1902. Incluye Sanidad Exterior, Real Consejo de Sanidad, Instituto Nacional de Alfonso XIII y Dirección General de Sanidad. Gráfica sobre datos de Pulido (1902: 68).

Cuando se produjo el cambio de siglo, el país superaba tanto en natalidad como en mortalidad a la mayoría de las naciones, lo que explicaba que su población permaneciese prácticamente estancada. Las principales causas de muerte eran las enfermedades evitables, como la viruela, el sarampión, la gripe, la bronquitis o la tuberculosis, que se cebaban con los menores de cinco años. Además, las diferencias en la renta marcaban importantes diferencias en la esperanza de vida (Galiana y Bernabeu-Mestre, 2006: 145 y 148). Por ello, no es de extrañar que la sanidad española gozase de un gran desprestigio en el exterior (Barona, 2002: 51).

Es precisamente en el ámbito internacional donde la Administración española va a encontrar uno de los principales estímulos para la modernización de su sistema sanitario. La participación en conferencias sanitarias, organismos y congresos, en cuyo origen reside un interés esencialmente económico —evitar las epidemias para proteger los intercambios comerciales—, permitió a los responsables en materia de salud pública conocer la experiencia de otros países y adquirir compromisos de mejora (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 52 y ss).

En el interior también existían poderosos motivos para actuar, pues la Comisión de Reformas Sociales había constatado las deplorables condiciones de vida de las clases populares y señalado las principales carencias de los sistemas asistenciales (Fernández García, 1987: 172ss; Palacio, 1987: 10). La depauperación de grandes masas de población y las elevadas tasas de mortalidad, muy por encima de las de su entorno, situaban a España en una clara posición de desventaja, frenando su crecimiento demográfico y comprometiendo su desarrollo económico.

La conjunción de ambos factores, la presión internacional y la siempre incómoda –y problemática– cuestión social, explica el inicio de una fase legislativa en la que los poderes públicos intentaron configurar una Administración sanitaria avanzada. Tampoco podemos olvidar el papel *de-sastre del 98* y del espíritu regenerador de la vida nacional, que tuvo su correspondiente influencia en los impulsos modernizadores (Ayarzagüena, 2013: 33). En este sentido, salud, protección social y previsión estarán íntimamente ligadas, conforme al ideario del higienismo y la medicina social.

En el corto espacio de tiempo que media entre 1900 y 1904 se aprobaron las leyes de accidentes del trabajo, del trabajo infantil y femenino y de protección a la infancia, así como la Instrucción General de Sanidad. La Comisión de Reformas Sociales también fue el germen del Instituto Nacional de Previsión, creado en 1908 para dar cauce al desarrollo de diversas formas de cobertura de los riesgos sociales. Así, tan sólo un año después llegaría el subsidio por maternidad. Finalmente, en 1911 llegó la *Ley de Casas Baratas*.

La *Instrucción General de Sanidad* de 1904, que venía a actualizar la antigua ley de 1855, supuso la introducción de un nuevo órgano técnico, la Inspección de Sanidad, organizada en torno a inspectores generales, provinciales y locales. El *Reglamento de Sanidad Municipal* de 1925 reforzó la estructura sanitaria periférica, en la que los Institutos Provinciales de Higiene adquirieron un gran protagonismo. En estos años se instalaron decenas de laboratorios químicos y bacteriológicos en las capitales de provincia y ciudades grandes, y se pusieron en marcha servicios de vacunación. También se crearon las brigadas sanitarias provinciales (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 609ss).

Aunque la principal preocupación continuaban siendo las crisis epidémicas, los poderes públicos comenzaron a prestar atención a la vertiente más social del fenómeno patológico, de acuerdo con los preceptos de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones. La consecuencia

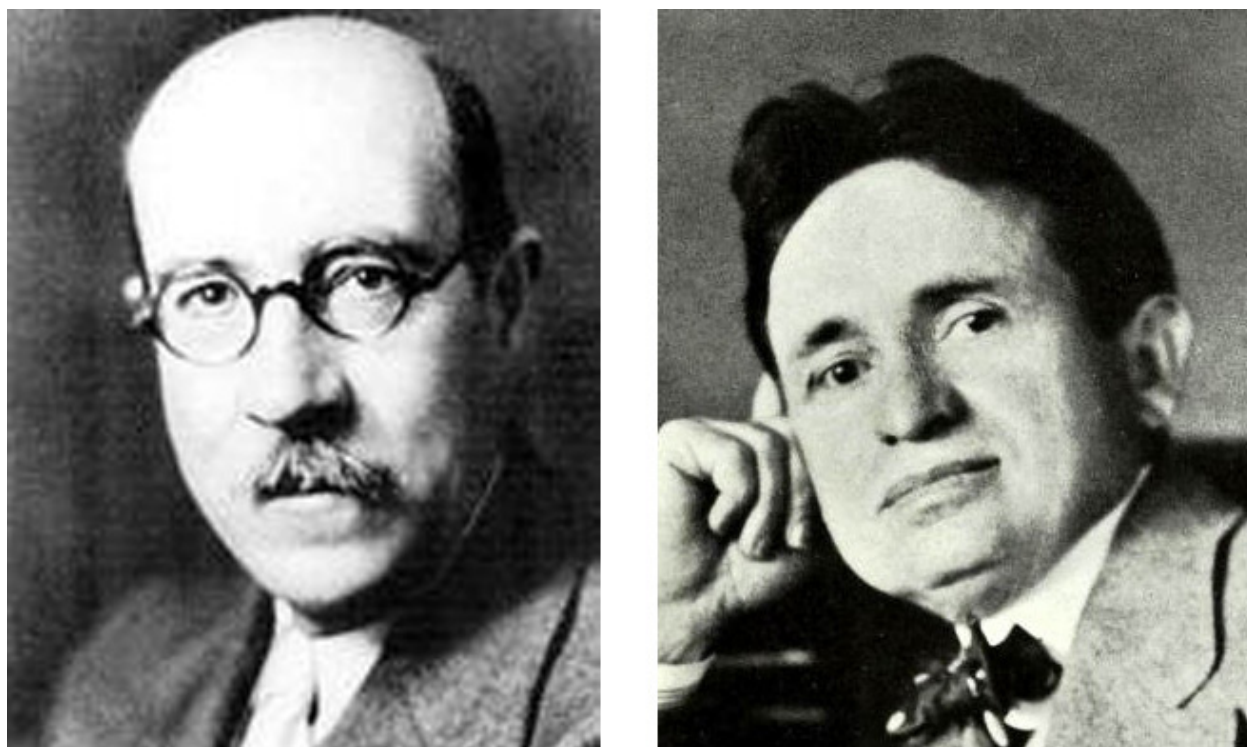


FIG. 18.— José Castillejo, secretario permanente de la Junta para Ampliación de Estudios, y Wickliffe Rose, director general de la International Health Board de la Fundación Rockefeller. Gracias a su buena sintonía con Rose, Castillejo desempeñó un papel decisivo en el establecimiento de un marco de colaboración estable entre la Fundación y la Administración española, que se sustanció en 1922 (Rodríguez Ocaña: 2001, 63). Fotos: [www.abc.es/local-toledo/20121218/abci-pensionados-erasmus-edad-plata-201212182258.html](http://www.abc.es/local-toledo/20121218/abci-pensionados-erasmus-edad-plata-201212182258.html) y [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a0/Portrait\\_of\\_Wickliffe\\_Rose.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a0/Portrait_of_Wickliffe_Rose.jpg) (acceso 18-X-2015).

más inmediata fue el nacimiento de las campañas o luchas sanitarias, como la antituberculosa, la antivenérea o la antipalúdica, y, consecuentemente, de un nuevo modelo de asistencia médico-social (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 609ss). Es así como nació el dispensario, un centro especialmente diseñado para los elementos más débiles de la sociedad que integra asistencia, profilaxis y educación sanitaria en un mismo espacio (Barona, 2002: 87-88).

Asimismo, en los primeros años 20 se inició la colaboración de la Administración sanitaria española con la Fundación Rockefeller (Fig. 18), cuyos programas de intervención supusieron un revulsivo para un país que, pese a los esfuerzos realizados y según los propios representantes de la institución filantrópica estadounidense, seguía anclado en la Edad Media (Rodríguez Ocaña, 2001: 67). En este sentido, no podemos olvidar que cuando se inicia la década de los 30, más del 80% de la población vivía en el medio rural (Barona *et al.*, 2005: 63), en el que continuaban existiendo grandes deficiencias sanitarias, económicas y sociales (Galiana y Bernabeu-Mestre, 2006: 143).

La actuación de la Fundación Rockefeller, que se prolongó hasta el final de la Segunda República, giró en torno a distintos ejes de atención prioritaria, con los que se esperaba remediar algunas de las carencias más graves de la sanidad española: la formación de los especialistas en higiene y salud pública y de las enfermeras —en este campo destaca la creación de la Escuela Nacional de Sanidad y las becas internacionales—, la lucha contra el paludismo, la erradicación de la anquilostomiasis de las minas, la estadística sanitaria, la producción de vacuna antivariólica y la implantación de nuevos centros sanitarios (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 256ss).

Con la llegada de la Segunda República, la sanidad ocupó un puesto prioritario en las políticas nacionales. En este sentido, la sanidad pública se consideró una función privativa del Estado, y así se consagró en la Constitución. La figura de Marcelino Pascua, antiguo becario de la Fundación Rockefeller, al frente de la Dirección General de Sanidad durante el bienio 1931-1933, fue clave a la hora de modernizar el viejo aparato sanitario de la Restauración (Bernabeu-Mestre, 2000; Rodríguez Ocaña, 2008: 6ss; Serrallonga, 2008: 242ss). Los ejes de su actuación fueron la descentralización de la Administración sanitaria y la potenciación de las estructuras territoriales, la salud materno-infantil, la educación sanitaria de la población, la higiene de la alimentación y la lucha contra las enfermedades sociales, como la tuberculosis, las venéreas, o el tracoma. Gracias a este programa, España consiguió reducir de forma significativa la distancia con la Europa desarrollada en términos sanitarios (Barona, 2002: 54 y 92).

El estallido de la Guerra Civil frenó en seco el proceso reformador y puso a prueba la capacidad de respuesta del aparato sanitario en los territorios dominados por ambos bandos. Aunque en los primeros meses de la contienda no hubo consecuencias graves desde el punto de vista sanitario, la salud de la población acabó por verse seriamente afectada a causa de diversos factores, como la escasez generalizada, la crisis de refugiados o la destrucción del equipamiento sanitario. Capítulo aparte merecen las enfermedades carenciales, producto de la desnutrición severa y la ausencia de proteínas y vitaminas en la dieta<sup>15</sup>. Fueron tales las restricciones alimentarias de la población española, que se llegaron a superar las carencias que había provocado en Europa central la Gran Guerra (Barona, 2006: 30).

---

15 La excelente monografía publicada por Cura y Huertas en 2007 ofrece una visión global sobre este fenómeno.



La posguerra, con todas sus miserias, no fue más propicia para la salud de la población, y por lo tanto se produjo un incremento generalizado de las enfermedades infecciosas. La organización sanitaria tuvo que hacer frente a esta situación en un contexto de escasez de infraestructuras, medios materiales y personal especializado (Jiménez *et al.*, 2002: 202). Los principales caballos de batalla de la sanidad franquista en los primeros años fueron la viruela, la difteria y el tifus exantemático –el temido piojo verde–, sin olvidar la persistencia de las enfermedades carenciales. El elevado número de reclusos y el aluvión de población rural que emigró a las ciudades no hizo sino agravar la situación (Palanca, 1943).

La salud pública en aquellos años se vio igualmente marcada por el exilio de muchas figuras de la medicina, en muchas ocasiones artífices del cambio de rumbo experimentado en la etapa anterior (Somolinos, 1986; Giral, 1989; Barona, 2003); la implantación de un nuevo sistema de gestión sanitaria, con severas disfunciones organizativas –dispersión de organismos con funciones similares o idénticas (Molinero, 2005: 125)–; y la falta de participación en los organismos sanitarios internacionales (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 789).

En la España del Franquismo, la lucha contra la mortalidad infantil se convirtió, junto a otras luchas sanitarias iniciadas con anterioridad –tuberculosis, paludismo, tracoma– en uno de los principales objetivos de la política sanitaria del régimen. Superado el paréntesis de la posguerra, la situación mejoró, pero España continuó registrando unas de las tasas más elevadas de Europa. En 1941 se promulgó la *Ley de Sanidad Maternal e Infantil* para profundizar en un sistema asistencial que hundía sus raíces en la Segunda República (Bernabeu-Mestre *et al.*, 2006: 192s).

Sólo bien entrada la década de los 50 fue posible elevar las condiciones de vida de la población y la eficacia del aparato sanitario, gracias a las mejoras experimentadas por la economía española. En estos años se dieron los pasos necesarios para finalizar la política de autarquía y lograr cierta recuperación del sector industrial, cuyo máximo productivo alcanzó nuevamente las cifras anteriores a la Guerra Civil (Payne, 1987: 477ss.; y Casanova, 2004: 14). También desempeñaron un papel clave las ayudas y créditos estadounidenses (Biescas, 1987: 48).

Tampoco hay que desdeñar el papel del Seguro Obligatorio de Enfermedad<sup>16</sup>, que, pese a sus muchos defectos (Molinero, 2005: 122ss), consiguió consolidarse y desarrollar un ambicioso plan de infraestructuras hospitalarias (Pieltáin, 2003: 3s). Conviene recordar, asimismo, el papel clave de los nuevos fármacos, especialmente de los antibióticos, cuya fabricación masiva en territorio nacional supuso una auténtica revolución sanitaria.

---

16 En sus inicios, a mediados de los años 40, el SOE sólo incluía a trabajadores de los sectores industrial y de servicios con salarios muy bajos. Entre asegurados y beneficiarios, se encontraban bajo su cobertura unos siete millones de personas, es decir algo más del 25% de la población (López Piñero, 2002: 605).

### 3.2. EL CONCEPTO DE LUCHA ANTITUBERCULOSA Y EL MOVIMIENTO HIGIENISTA

El origen de la lucha antituberculosa hay que buscarlo en el primer congreso francés para el estudio de la tuberculosis, celebrado en 1888, en el que los médicos pidieron a todos los Gobiernos que arbitrasen las medidas profilácticas necesarias para contener el avance de la enfermedad, como la hospitalización de los enfermos bacilíferos (Molero, 1987: 21). A este encuentro seguirían otros dos en el país galo, en 1891 y 1893, el de Alemania, en 1899, y el de Inglaterra, en 1900 (Rodríguez y Molero, 1993: 138). Los encuentros científicos desempeñaron, pues, un papel catalizador, trasladando a la sociedad la necesidad de tomar medidas urgentes contra un mal que hundía las raíces de su apogeo en el continente europeo en los grandes cambios económicos y sociales de la Revolución Industrial (Báguena, 1992: 13).

La lucha antituberculosa se concibió como una acción colectiva en la que se entremezclan múltiples factores de orden sanitario, económico, ideológico y sociológico. La enfermedad social por excelencia exigía una respuesta muy amplia en todos los ámbitos de la existencia, tanto individual como comunitaria, que no podía limitarse a lo puramente clínico. Aunque el concepto de lucha antituberculosa evolucionaría al compás de los tiempos, nunca perdió ni un ápice de su trascendencia social, incluso mucho después de que la tuberculosis dejase de ser la primera causa de muerte en el mundo desarrollado.

No podemos desgajar la génesis del movimiento antituberculoso del momento histórico en que surge, lo que le confirió una serie de rasgos muy característicos. Este movimiento es, pues, hijo de su tiempo, es decir, de la revolución microbiológica, que señaló a la ciencia el camino que habrá de seguir en su búsqueda de un remedio certero; pero también del higienismo, un impulso reformista que venía recorriendo Occidente anunciando la buena nueva de la salud y el orden social.

El higienismo, digno heredero de los ideales de la Ilustración (Barona, 2009: 9), se había esforzado en todas las naciones desarrolladas por poner remedio a los efectos perniciosos de la industrialización, especialmente en el espacio urbano, y luchar contra las elevadas tasas de mortalidad que amenazaban su riqueza. El movimiento pretendía, desde una perspectiva integral que abarcaba aspectos tan diversos como el territorio, la salud, las relaciones humanas, la vivienda y el taller o la alimentación, guiar al individuo, tanto en su dimensión particular como en la colectiva, hacia el bienestar.

Precisamente por esta concepción tan amplia, el higienismo no fue patrimonio exclusivo de un colectivo profesional ni de un país. Sin embargo, todos sus teóricos y voceros se asientan por igual en la cúspide de la escala socioeconómica y de la intelectualidad burguesa: médicos, arquitectos, ingenieros, pedagogos, juristas, políticos, periodistas... Se sienten llamados a liderar un cambio de paradigma que resuelva felizmente la lucha de clases, la crisis de valores de un mundo convulso y la degeneración de la especie; en definitiva, todos los conflictos que ha generado la desestructuración de la sociedad:

*«Los resultados de estas miserias son los mismos en todas las naciones; la destrucción del amor a la familia; la embriaguez en los hombres y la prostitución en la mujeres; la resignación fatalista con la suerte en algunos, y en los más la sed de venganza [...]»* (Mercado, 1891: 65).

Aunque las recetas son tan variadas como sus ámbitos de estudio o actuación profesional, comparten una visión que sitúa la salud como bien supremo de la humanidad, como instrumento para construir la paz y la armonía social. Desde la tribuna parlamentaria, el sillón de la academia y las páginas de la prensa periódica, unos y otros señalarán las faltas de una sociedad enferma y harán llamamientos a la movilización y a la responsabilidad colectiva, desde los poderes públicos hasta el obrero industrial.

El fin último del higienismo es, en síntesis, crear un hombre nuevo. Podemos afirmar, por tanto, que sus objetivos son en última instancia políticos. No es, sin embargo, el hombre nuevo del movimiento obrero, fruto del odio y de *«las modernas locuras sociales que tratan de imponer los nuevos redentores de la humanidad»* (Cortejarena, 1912: 11). Es un hombre que, perfectamente integrado en el cuerpo social, sitúa sus más altos intereses en un objetivo común a todos sus miem-

bros: el progreso colectivo y la felicidad personal y familiar por la vida higiénica. La higiene debía entenderse como un concepto global que aspira a transformar no sólo infraestructuras, espacios o políticas sanitarias, sino también mentalidades y comportamientos. Surge así lo que Labisch (1985) denominó '*Homo Hygienicus*'.

De este modo, el higienismo buscaba una solución a las contradicciones sociales, es decir, a la temida contestación obrera (Fernández-Caro, 1909: XVIII). La higiene, en su concepción más amplia –física y moral–, era la única solución al grave peligro de ruptura que se cernía sobre la sociedad:

*«Estas reglas, formando verdadero Código de doctrina social, defenderán los intereses morales y materiales de la familia obrera, siendo su garantía y constituyendo toda su fortaleza ante la sociedad y los Gobiernos. Representarán la verdadera emancipación social del obrero, que inspirándose en el bien público y el respeto al prójimo, ligue una santa moral y un trabajo honrado con los férreos lazos del hogar y de la familia, al amparo de una religión de consuelo, paz del alma, en sus más espirituales exquisiteces»* (Fernández-Cuesta, 1909: 2).

La lucha contra la tuberculosis hará tan suyos los preceptos del higienismo que, en muchos casos, la identificación entre ambos movimientos es plena. En este sentido, hasta que la ciencia logró arrodillar a la enfermedad –tendrán que pasar muchas décadas para que eso suceda–, la lucha antituberculosa encontró en la prevención a su mejor aliado, y la mejor manera de fomentarla fue poner en marcha todas esas medidas que el higienismo había prescrito hasta la saciedad.

El movimiento antituberculoso, como el higienista, aspira a actuar en muchos campos, no sólo en el estrictamente médico. Toda su atención se concentra en las clases populares porque la enfermedad campa a sus anchas allá donde reinan el hambre, el hacinamiento, la ignorancia y el vicio. Sólo en fechas muy avanzadas, cuando la sanidad española transita lentamente hacia la modernidad, algunas voces afirmarán que el Estado *«tiene el deber moral de procurar, incluso para las clases acomodadas, medios eficaces de defensa y, en lo posible, económicos»* (Gil Perela, 1926: 47).

En los países desarrollados de la Europa occidental, los poderes públicos tomarán buena nota de la nueva ciencia del bienestar, convencidos de que las inversiones en materia de infraestructuras

y equipamientos urbanos tendrán efectos beneficiosos sobre la esperanza de vida de las clases trabajadoras y, por ende, sobre la productividad, como sucedió en Gran Bretaña (Escudero y Nicolau, 2014: 15). En otros casos, como el de Alemania, se promocionarán los sistemas de previsión social para reforzar la posición del Estado y, al mismo tiempo, deshacer la amenaza obrerista (Barona, 2009: 11).

De este modo, los Estados llevarán a cabo mejoras en ámbitos tan diversos como la vivienda, la asistencia sanitaria, la maternidad, el urbanismo o las redes de suministro de agua potable y saneamiento (Díez de Baldeón, 1986: 442; Arias, 2009: 27s; *Id.*, 2011: 47; Barona, 2009; Matés, 2009: 37s; Osten, 2009; Rollet, 2009), siempre con vistas a reducir los índices de mortalidad y evitar la fragmentación social.

El ejemplo de estas naciones sería invocado con frecuencia por los tratadistas españoles (Membiela, 1886: 71ss; IRS, 1910: 32ss; Comet y Pinart, 1912; Gómez, 1912: 61; Pulido, 1902: 33ss; *Id.*, 1916: 28ss), que reclamaban un impulso modernizador que sacara al país de su atraso. La debacle colonial del 98 añadió a los postulados del higienismo clásico una componente regeneracionista que verá en los problemas sanitarios de España un rasgo más de su atraso secular y de su decadencia. Así, la sociedad española fue equiparada a un organismo enfermo y degenerado, que precisaba de tratamiento adecuado para su regeneración (García y Álvarez, 26ss). Las recetas sanitarias y morales de los higienistas podían ayudar a cumplir esa importante misión (Galiana y Bernabeu-Mestre, 2006: 139ss).

Para atajar el problema tuberculoso y, en general, las causas de la enfermedad social, los higienistas españoles demandaron la creación de sociedades cooperativas, asociaciones de protección mutua y cajas de ahorros para obreros, y hasta la instauración de un sistema asistencial estatal; la mejora de las condiciones laborales, sobre todo desde el punto de vista higiénico; acabar con las viviendas insalubres; el abaratamiento de los productos de primera necesidad; el análisis sanitario de los comestibles y de la ropa de segunda mano; la apertura de baños y gimnasios gratuitos, así como la creación de sociedades de templanza para acabar con el alcoholismo...; sin olvidar la creación de centros sanitarios específicamente dedicados a la tuberculosis (Guerra, 1903: 13ss.; Sierra, 1912: 22ss.; Cerviá, 1933a: 32; Buendía, 1933: 37; Ibarrola e Ibarrola, 1933; Bravo, 1933a: 57ss.).

Estamos de acuerdo con Molero (1987), Quintanas (1997) y Martínez-Pérez (1997) en que detrás de muchas de las medidas que el higienismo propuso para acabar con las deplorables condiciones de vida de estos trabajadores residía una voluntad de control social, un afán por domeñar a la clase obrera y mejorar la productividad de la industria. En algunos casos (Rodríguez y Molero, 1993; Perdiguero y Bernabeu-Mestre, 1997; Anaut, 1999; Jiménez *et al.*, 2002) incluso se ha hablado de una estrategia de culpabilización del enfermo promovida por la cúspide del orden económico y social –inductora en última instancia de la desigualdad– o por el propio gremio médico –nueva figura de autoridad en el mundo contemporáneo (Molero, 1989a: 14, nota 19)–, apelando en muchas ocasiones a la mortal ignorancia del pueblo llano. La falta de conocimientos sobre las más elementales pautas de higiene impedía detener el avance de la tuberculosis y otras enfermedades consideradas evitables a comienzos del siglo XX (Guerra, 1903: 11).

En este sentido, la educación en salud no sólo tenía como misión atajar la enfermedad entre los obreros, sino también su falta de identificación con los valores de las élites. El objeto de la divulgación sanitaria era, pues, prevenir tanto la enfermedad física como la social, pues se consideraba que el hombre así instruido era *«más dócil e inclinado a la obediencia y más comedido en sus acciones»* (Mercado, 1891: 87). La ignorancia del obrero era, en fin, el mismo origen de su enfermedad y de su falta de encuadramiento en el orden social establecido:

*«Todos los males que afligen a la clase obrera, mil y mil veces se ha repetido que dependen de su falta de instrucción; para moralizarle, deben ante todo procurarse que existan escuelas gratuitas, obligando [...] a que todos los niños acudan a ellas, y dirigiendo estos para que adquirieran una educación que, tanto física como moral, robustezca su cuerpo al par que el ejercicio de su voluntad, y le inculque la idea de los deberes sociales fuera de las utopías con que desgraciadamente se les extravía [...]»* (Mercado, 1891: 88).

En efecto, esta ignorancia desconocía la existencia de un proyecto social común a todos los estratos de la sociedad, y de ella se derivaba una actitud egoísta que degeneraba en el más puro desafecto de las clases bajas:

*«Viven [los pobres] en la mayor incuria respecto a moral y cuanto se refiere al bien común o social, a los sacrificios individuales en pro de la colectividad, les es profundamente repulsivo y antipático, por creer que su agobiante miseria y su precaria existencia son producto del abandono de los demás y el menosprecio de los poderosos, que no sólo les olvidan y desprecian, sino que desean su exterminio [...]»* (Guerra, 1903: 7).



En este sentido, la lucha antituberculosa podía desempeñar un papel clave en el adoctrinamiento de los obreros hostiles, mostrándoles que la respuesta a su miseria y hasta a su enfermedad sólo podría venir de la mano de aquellos a los que equivocadamente denigraban. Esta función redentora queda perfectamente ejemplificada en un episodio relatado por el presidente del Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis, en el que un anarquista tuberculoso se habría apartado de sus ideas gracias a la acción de un dispensario en Barcelona,

*«provocando en él una explosión de congoja y de arrepentimiento, hasta llevarle a increpar a los que con sus predicaciones sofisticas le habían apartado del buen camino [...]». Ahí tenéis un alma rescatada por nuestros médicos [...]*» (Codina, 1908: 13).

Como ya hemos apuntado, el concepto de lucha antituberculosa evolucionó y supo adaptarse al signo de los tiempos. En este sentido, el proyecto médico-social de la campaña contra la tuberculosis respondió en cada uno de los momentos históricos analizados en el presente trabajo, como no podía ser de otra forma, al sistema de valores imperante en ese contexto. La lucha antituberculosa es, en definitiva, un reflejo fiel de una concepción concreta de la sociedad y de la enfermedad y de las relaciones mutuas que se establecen entre ambas.

### 3.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN ESPAÑA

#### 3.3.1. La lucha antituberculosa durante la Restauración y la dictadura de Primo de Rivera (1874-1931)

#### MARCO NORMATIVO Y ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA RESTAURACIÓN Y LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA

El primer intento de organización de la lucha antituberculosa en España se debe al Dr. Antonio Espina y Capo (1850-1930) (Fig. 19), que en diciembre de 1889 impulsó en Madrid la creación de una Asociación contra la Tuberculosis, abierta tanto a médicos como a todos aquellos que vieran en la enfermedad un peligro para la prosperidad del país (Espina, 1912a: IX; Malo, 1919: 3; Molero, 1989a: 182). Esta iniciativa del Dr. Espina tiene que ver, sin duda, con su asistencia al primer Congreso de París contra la Tuberculosis, celebrado en 1888 y considerado el germen del movimiento antituberculoso internacional (Espina, 1912c: 396). La primera noticia de su creación fue recogida por la *Gaceta Médica Catalana*<sup>17</sup> en 1890 (Molero, 1989a: 182, nota 2).

Según su promotor, se trataba de una organización «*ajena a toda idea exclusiva política, religiosa o social, buscando sólo el concurso de los altruistas*» (Espina y Capo, 1912a: IX). Su objetivo era prevenir el contagio mediante la mejora del saneamiento y la habitabilidad de las ciudades, la supresión del hacinamiento en viviendas, cárceles, etc., la promulgación de leyes para limitar el horario laboral y el trabajo infantil, la exclusión del servicio militar de todo aquel que no poseyese un perímetro torácico determinado, etc. También se proponían otro tipo de medidas, como prohibir a los tuberculosos que contrayesen matrimonio, hospitalizar a los tuberculosos de

---

17 Publicada en Barcelona entre 1878 y 1921 (López y Terrada, 1990: 88).



FIG. 19.— Antonio Espina y Capo, iniciador de la lucha antituberculosa en España. Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. En: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).

forma aislada y destruir todo producto exudado por estos (Molero, 1989a: 182s).

La asociación contaba en su Junta Central con figuras tan renombradas de la medicina, la política y el periodismo como Amalio Gimeno, Ángel Pulido, Rafael Ulecia, Federico Rubio, Manuel Tolosa Latour, José Ortega Munilla, Alberto Aguilera, José Francos Rodríguez, Andrés Mellado y el marqués de Valdeiglesias, entre otras personalidades. También recibió las adhesiones del rector de la Universidad Central, que dirigía la *Revista de Terapéutica y Farmacia* –Madrid, 1882-1896 (López Piñero y Terrada, 1990: 127)–, y de Rafael Rodríguez Méndez, catedrático de Medicina en Barcelona y director de la *Gaceta Médica Catalana*. Sin embargo, la agrupación, que sólo logró la inscripción de cinco socios, nunca llegó a cuajar. Entre otras, una de las probables causas de este fracaso hay que buscarla en la

postura científica de Espina frente a la propagación de la tuberculosis, pues el contagionismo no contaba todavía en España con el mismo respaldo que en otros países europeos (Molero, 1989a: 182s y nota 3).

No tuvo más fortuna la Liga Nacional contra la Tuberculosis y de Socorro a los Tísicos Pobres, constituida en Valencia el 9 de junio de 1899 merced a la iniciativa de Francisco Moliner Nicolás, catedrático en la Facultad de Medicina de la Universidad de dicha ciudad, de la que fue rector por dos ocasiones –1893-1895 y 1897–. Esta organización fue concebida por Moliner, gran activista y propagandista de la medicina social, como una plataforma articuladora, amplificadora y legitimadora de sus demandas en materia de lucha antituberculosa, con las que intentaba erigirse en portavoz y benefactor de la doliente masa obrera. El sistema propuesto por Moliner se basaba en el sanatorio antituberculoso popular, destinado a alejar a los tísicos pobres de su entorno y condición habitual –el caldo de cultivo perfecto para contraer la enfermedad– y proporcionarles el régimen de vida adecuado. Puesto que la financiación estatal se revelaba fundamental para el

sostenimiento de este tipo de centros (Moliner, 1896: 84-85; Molero, 1989a: 188-189), Moliner pretendía utilizar la Liga como un elemento de presión sobre los poderes públicos con vistas a la próxima inauguración de su propio sanatorio popular en la sierra Calderona de Valencia, junto a la cartuja de Porta Coeli.

La Liga Nacional se fundó en el Instituto Médico de Valencia, en presencia de médicos de prestigio y representantes de varias sociedades y corporaciones, como el presidente del propio instituto y catedrático de Terapéutica, Vicente Peset Cervera. Con carácter previo, Moliner también había desarrollado una intensa campaña de contactos con sus colegas de Madrid, Barcelona y Valencia, de los que logró la encomienda de redactar los estatutos y reglamento de la Liga; entre otros, Calatraveño, Espina y Capo, Tolosa Latour, Rodríguez Méndez, Ferrer y Julve, Peset y Barberá (Moliner, 1899: 8 y 15; Molero, 1989a: 202 y 57, nota 202).

En esta reunión constitucional se nombró una junta rectora presidida por Peset, junto a otros tres médicos como presidentes honorarios: Nicolás Ferrer y Julve, catedrático de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad de Valencia; Julio Magraner y Marinas, también catedrático de la misma Facultad; y el propio Moliner. Por su parte, Faustino Barberá y Segismundo Ipa, capellán del regimiento Vizcaya, asumieron sendas vicepresidencias. Además, se nombraron 22 vocales masculinos, de los que sólo uno era médico (Moliner, 1899: 19).

Moliner, que aspiraba a convertir el sanatorio de Porta Coeli en un modelo para el resto del país, reconoció muy pronto que este centro terapéutico sería el principal desvelo y *«punto de apoyo»* de la Liga. En efecto, la Liga perseguiría el despliegue de una red de sanatorios populares proporcional al gran contingente de tuberculosos pobres existentes en España. De forma complementaria, se proponía recabar fondos para el sostenimiento de los enfermos ingresados en estos establecimientos, así como de sus familias (Moliner, 1899: 6s y 12).

Además, la Liga quería hacer frente a la *«creciente y aterradora extensión»* de la tuberculosis, *«verdadera plaga social de la época moderna»* que diezma a la población y empobrecía el país, con *«medidas de profilaxia social»* basadas en el conocimiento científico y social de la enfermedad. Esas medidas, según Moliner, ya habían inspirado *«en la mayoría de los países cultos»* lo que él denominaba un *«movimiento de defensa contra la tisis»* especialmente dirigido a los pobres, ya

que todas las causas sociales del mal se condensaban en una sola: la miseria (Moliner, 1896: 75ss y 1899: 3s y 13).

Así, la organización se marcaba en sus estatutos y reglamento cuatro objetivos fundamentales: fomentar el estudio científico o técnico de la tuberculosis en todos sus aspectos —clínico, social, experimental y bacteriológico—, elevar a rango de ley todas las medidas pautadas por la ciencia médica para evitar el contagio, dotar de las necesarias partidas presupuestarias a las autoridades sanitarias y «*divulgar por medio de la propaganda, conferencias, cartillas, etc., etc., los conocimientos y el grado de cultura necesarios para que encarnen en las costumbres las leyes y principios de profilaxia antituberculosa, tanto social o pública, como individual o privada*» (Moliner, 1899: 11s). A este último objetivo se le dio, en efecto, gran importancia, pues una de las primeras tareas que la junta de la Liga se fijó en la reunión fundacional fue iniciar su labor de propaganda, además de realizar un llamamiento a la sociedad para lograr adhesiones (*Ibid.*: 19s). Sin embargo, la creación de la comisión de propaganda hubo de esperar hasta enero de 1900, momento en que también se pusieron en marcha las de legislación y socorros (Molero, 1989a: 205).

Para materializar estos fines, Moliner esperaba contar con recursos económicos públicos, pues entendía la lucha contra la tuberculosis como una gran «*obra de caridad y de ciencia, de la cual tantas y tan grandes cosas pueden esperarse para la prosperidad y riqueza de la patria*», que debía repercutir necesariamente en el bien común y la «*paz social*». Dada la magnitud de la empresa y su carácter estratégico, sólo podía ser el resultado de «*una función armónica entre la sociedad y el Estado, entres las iniciativas particulares y los poderes públicos*» (Moliner, 1899: 6).

Además, los socios de la Liga, que se definía a sí misma como una asociación libre de ciudadanos —ya practicasen la medicina o cualquier otra profesión—, debían satisfacer una cuota mensual mínima de una peseta. Aquellos que abonasen 25 pesetas al mes tendrían la consideración de socios fundadores, y los que aportasen 500 pesetas o más, la de socios de honor. En cuanto a su organización, se contemplaba la creación de juntas o comités en todas las capitales de provincia y poblaciones con número suficiente de asociados, en relación con una junta central y ésta, a su vez, con el comité internacional propuesto por el Dr. Schrötter de Viena en el Congreso de la Tuberculosis celebrado en París en 1898. También estaba prevista la creación de juntas de señoras, con

contabilidad independiente y funciones especiales (Moliner, 1899: 5 y 12s; Molero, 1989a: 204).

Tras la aprobación de los estatutos por parte del gobernador civil de Valencia el 30 de noviembre de 1899, la Liga ratificó al presidente y a los vicepresidentes y eligió como secretario general a Ramiro Ruiz García. Se unió igualmente a la junta directiva José Chabás Bordehore (Molero, 1989a: 204), que algunos años más tarde fundaría, junto a José Juan Dómine, una de las primeras publicaciones especializadas en tuberculosis de España, la *Revista de Higiene y Tuberculosis* (Fig. 20).

A pesar del entusiasmo inicial de Moliner y sus colaboradores, la Liga corrió la misma suerte que el sanatorio de Porta Coeli, es decir, languideció por falta de financiación y capacidad operativa real. Aunque nunca llegó a disolverse formalmente, según testimonios posteriores, todo parece indicar que su «*miserable vida*» se prolongó «*poco más de un año*» (Molero, 1989a: 205).

A este fracaso siguió, de forma engañosamente paradójica, la primera disposición antituberculosa que se aprobó en nuestro país<sup>18</sup>; y afirmamos que no hay tal paradoja porque lo que este texto, la Circular sobre la tuberculosis de 1901, venía a poner de manifiesto era la incapacidad del Estado para asumir los enormes desembolsos que exigía una lucha antituberculosa con unas mínimas aspiraciones de efectividad. Sin dotación presupuestaria alguna ni carácter vinculante, la Circular promovida por el entonces director general de Sanidad, Ángel Pulido, tenía como destinatarios a todos los gobernadores civiles. Desde las páginas de la *Gaceta de Madrid*<sup>19</sup>, Pulido expresaba su

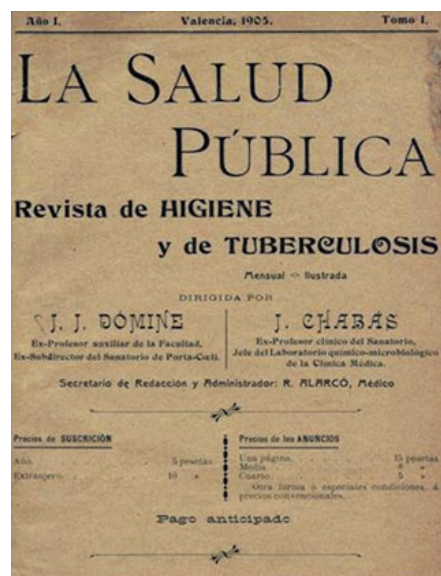


FIG. 20.— Portada del primer tomo de la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, correspondiente a 1905 (Cánovas et al., 2005: 197).

18 Nos referimos a la época contemporánea, puesto que existen documentos de 1698, 1699 y 1727 en los que se prohíbe el uso de las ropas de tuberculosos y su compra-venta (Espina y Capo, 1905: 68). Posteriormente, durante el reinado de Fernando VI, se aprobaron sendas reales cédulas contra la tuberculosis: una sobre reglas y precauciones para evitar el uso de ropas y efectos de los éticos, tísicos y otros enfermos contagiosos, del 6 de octubre de 1751; y otra sobre la obligatoriedad de los médicos de comunicar los casos de tuberculosis ante el Tribunal de Protomedicato, así como sobre las labores de desinfección que debían ser ordenadas por los alcaldes cuando fallecía un tuberculoso, de 23 de junio de 1752 (Galindo, 1963: 117s).

19 Circular de 4-X-1901, en *Gaceta de Madrid*, 6-X-1901.



preocupación por el problema, pero, al mismo tiempo, reconocía sin paliativos la falta de recursos públicos para luchar contra el mal.

Así, Pulido sostiene en la propia Circular que su publicación es una de las pocas acciones con las que puede contribuir, desde su posición, a aminorar el impacto de la tuberculosis, dada su incapacidad de «*atender cumplidamente a las exigencias de un tan gravísimo daño*» y a la ignorancia generalizada que en España se tiene en temas relacionados con la salud. De ahí que reconociera que la Circular era tan «*ingenua*» como «*necesaria*», además de una especie de justificación ante la opinión pública, «*una prueba de que la dirección general de Sanidad mira dicha cuestión con el interés que exige un azote que anualmente arrebatara más de cuarenta mil vidas en España, y más de dos mil en Madrid*» (Pulido, 1901: 1-2). Por lo tanto, Pulido utiliza la *Gaceta* más como medio de difusión que como instrumento legal, lo cual le reportó críticas, incluso entre sus amigos (García Guerra y Álvarez Antuña, 1994: 35).

La mayor parte de la Circular la ocupa un interesante compendio de «*instrucciones populares sobre la tuberculosis*» que recuerda a las tradicionales cartillas antituberculosas de la época. Esta sucesión de nociones básicas sobre la enfermedad y preceptos para prevenirla está precedida por un breve prólogo en el que Pulido se lamenta de que, mientras en otros países se toman medidas de todo tipo para combatirla, en España no se dispone de los medios necesarios, ni se produce la deseada cooperación entre las autoridades y los ciudadanos para mejorar la situación.

El texto expone de forma sencilla y concisa en qué consiste y de dónde proviene la enfermedad, desmiente el mito de su heredabilidad, explica cómo se contrae y desgana una serie de consejos higiénicos para evitar el contagio. En este último apartado se pone especial énfasis en denigrar la costumbre de escupir en el suelo —«*La guerra al esputo es la guerra a la tuberculosis*»— y se encarece su prohibición en lugares tanto públicos como privados, tanto cerrados como al aire libre: «*Conviene recomendar en cuantos sitios se reúna el público, por medio de carteles, que no se escupa en el suelo, y disponer escupideras a una altura conveniente, medio llenas de agua, que se desinfectarán todos los días por la ebullición*».

La Circular también incluye un pequeño apartado dedicado a la «*acción social*» en el que se «*exige la colaboración de la sociedad entera*», pues la lucha antituberculosa no debe corresponder

únicamente al Estado, especialmente cuando éste no es capaz de llevarla a cabo. Pulido consideraba indispensable «*difundir los conocimientos elementales acerca del modo cómo el contagio se produce y de los medios de evitarla, y para conseguir ese objetivo, los folletos, los artículos en prensa periódica, las conferencias públicas, son medios de popularización, a los que convendría recurrir sin descanso*».

Asimismo, la disposición contiene un llamamiento a «*instituciones benéficas, Juntas de caridad, patronatos, etc.*» para que fijen su atención en el problema de la tuberculosis y procuren a los obreros «*viviendas sanas y alimentación adecuada*», así como «*organismos que les permitan dejar de trabajar cuando advierten los primeros síntomas*». También solicita de las «*clases acomodadas*» que participen, junto al Estado, en la institución de dispensarios, sanatorios, colonias infantiles y establecimientos análogos, «*por su propio interés tanto como por filantropía y por patriotismo*».

Por último, Pulido afirma en la Circular que sería «*muy conveniente*» que se constituyesen «*ligas antituberculosas*» en España, a imagen y semejanza de las que existen en otros países, para difundir los «*conocimientos de higiene, protegiendo a los desvalidos, favoreciendo la creación de asilos, de hospitales, sanatorios, etc.*». Estas palabras refuerzan la hipótesis de que para estas fechas la Liga creada por Moliner ya era historia, aunque también existe la posibilidad de que Pulido simplemente la ignorase; en cualquier caso, estaba perfectamente al tanto de la «*obra heroica*» de Moliner (Pulido, 1901: 2).

No había transcurrido un mes de la publicación de la Circular de Pulido cuando el Ministerio de la Gobernación decretó la obligatoriedad de declarar ante las autoridades municipales todos los casos de tuberculosis y otras patologías contagiosas que se detectasen<sup>20</sup>. De este modo, se podrían llevar a cabo las acciones necesarias para contener el avance del mal, equiparando la legislación española a la de naciones de primer orden en cuestiones sanitarias, como Inglaterra, Francia, Alemania, Estados Unidos, etc.

---

20 Real Decreto de 31-X-1901, en *Gaceta de Madrid*, 4-XI-1901.

El sistema de declaración obligatoria puesto en marcha en 1901 establecía que la comunicación de los casos de tuberculosis debía ser efectuada bien por los médicos que detectasen la enfermedad, bien por el cabeza de familia o titular de la vivienda o establecimiento donde habitase el tuberculoso, bien por su cuidador.

Tras la declaración, un médico municipal debía certificar el caso y, si procedía, ordenaba el internamiento del enfermo en un hospital y el aislamiento de toda la familia. El transporte de los enfermos a los hospitales sólo podía realizarse en vehículos de uso exclusivamente sanitario, y tras el servicio era preceptiva su desinfección. También era necesario desinfectar la vivienda, los enseres del enfermo, etc., por lo que ayuntamientos y diputaciones provinciales debían estar adecuadamente equipados para llevar a cabo estas operaciones, tanto a domicilio como en sus propias dependencias. Asimismo, las corporaciones tenían la obligación de disponer de un horno crematorio de residuos peligrosos, y de destruir cualquier objeto de escaso valor que pudiese constituir un vehículo de contagio. En este sentido, las ropavejerías serían objeto de una especial atención por parte de los ayuntamientos, que debían prestar gratuitamente un servicio de desinfección a estos negocios para que todo el género comercializado estuviera libre de cualquier peligro.

Por otro lado, la costumbre de emplear cajas de caridad para depositar a los finados sin recursos —esto es, ataúdes que se reutilizaban una vez tras otra—, quedaba prohibida; tampoco estaría permitido conservar cualquier objeto que hubiese estado en contacto con el cadáver. En cuanto a las viviendas de alquiler, el protocolo establecía que debían ser desinfectadas cada vez que un inquilino las abandonase, independientemente de que se hubiese declarado o no algún tipo de enfermedad contagiosa en su interior. Por último, se prohibía lavar en lavaderos públicos y de vecindad ropas que hubiesen pertenecido a enfermos contagiosos sin haberlas desinfectado previamente.

Nos encontramos, pues, ante un sistema de protección contra las enfermedades contagiosas muy ambicioso y que, sobre el papel, sitúa a España al mismo nivel que otros países. Sin embargo, en la práctica, cabe pensar que su aplicación fue limitada. Por un lado, hay que considerar que el cumplimiento de todas y cada una de estas instrucciones dependía exclusivamente de la capacidad económica, ejecutiva, fiscalizadora y sancionadora de los ayuntamientos, lo que puede dar una idea de cuál pudo ser su alcance real. Por lo que respecta al plano social, son muchos los

testimonios que nos han llegado sobre el falseamiento, por parte de los médicos, de los certificados de defunción de tuberculosos a petición de sus familiares. Detrás de este fraude se escondía fundamentalmente el miedo a la estigmatización, al que seguía la conmiseración del facultativo y la consiguiente ocultación de la verdadera causa de la muerte. Tampoco podemos olvidar los diagnósticos erróneos, tan frecuentes en esta época (Pulido, 1916: 10s y 29s; Benítez, 1945: 76; Fernández Sanz, 1990: 260ss). Como es lógico, en todos estos casos difícilmente podían ponerse en marcha las medidas previstas.

La publicación de la Circular sobre la tuberculosis y la institución de la declaración obligatoria constituyen síntomas indudables de una preocupación creciente de las autoridades sanitarias hacia el problema sanitario que supone la enfermedad. No obstante, si bien ambos documentos se inspiran fielmente en los postulados del movimiento higienista, las elevadas cifras de mortalidad (*vid. supra* § 1.1) nos permiten albergar serias dudas sobre su capacidad para contener el avance de la peste blanca.

En este estado de cosas, en 1903 surgió, en el seno de la comunidad médica, una nueva organización para luchar contra la tuberculosis: la Asociación Antituberculosa Española —en lo sucesivo, AAE—, constituida por iniciativa de Espina y Capo, que asumió inicialmente el cargo de secretario general, y presidida por José Calvo y Martín. La AAE contó desde su origen con el apoyo explícito y la implicación del Gobierno, que avaló la presencia de los inspectores generales de Sanidad Exterior, Manuel Alonso Sañudo, e Interior, Eloy Bejarano, en la sesión fundacional. Es más, el propio Alonso Sañudo ocupó la vicepresidencia de la asociación.

De este modo, tras diversos intentos fallidos posteriores a su primer «conato» de asociación en 1889 —en ocasiones en colaboración con Bernabé Malo de Poveda (Fig. 21)—, Espina y Capo volvía a participar directamente en un movimiento organizado contra la tuberculosis. Con aquel fracaso en el recuerdo y el ejemplo de Moliner tan cercano, y también sin duda gracias a su conocimiento directo de la Administración sanitaria y sus limitaciones presupuestarias, Eloy Bejarano auguraba un triste futuro para la naciente organización a menos que, contra todo pronóstico, consiguiese proveerse de los medios necesarios (Malo, 1906: 6s; Molero, 1989a: 220).



FIG. 21.— “D. Bernabé Malo de Poveda Écija: benefactor de Montalbo”, una de las principales figuras de la lucha antituberculosa durante la Restauración. Pintura: Antonio Escamilla Cid (Montalbo, 2013). [http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha\\_medico.php?id\\_medico=1543](http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=1543) (acceso 21-X-2015).

Tras la muerte de Calvo y Martín, el 18 de febrero de 1904 Espina le sucedió en la presidencia, mientras que Malo de Poveda ocupó la secretaría general (Malo, 1906: 7). El resto de la organización se articulaba a través de comisiones temáticas –Congreso Internacional de París, Dispensarios, Estadística, Estatutos, Hacienda y recursos, Higiene pública antituberculosa, Legislación, *Meeting* de propaganda, Propaganda, Relaciones oficiales, Sanatorios, Sociología, Investigación clínica y Sanidad militar–, con la presencia de figuras tan destacadas de la medicina en general y de la lucha antituberculosa en particular como Víctor María Cortezo, José Verdes Montenegro, José Codina Castellví, Luis Ortega Morejón, Jesús Bartolomé Relimpio y Luis Fatás, entre otros (Molero, 1989a: 223, nota 123).

Poco después de que Espina ocupase la presidencia de la entidad, una comisión de la AAE se reunió con los inspectores generales de Sanidad y el ministro de la Gobernación, José Sánchez Guerra, para, entre otras cosas, pedir a éste que diese las órdenes oportunas para que los gobernadores civiles iniciasen o secundasen la formación de juntas locales y provinciales de la AAE. Esta solicitud se vio satisfecha algunos meses después mediante una Real Orden Circular<sup>21</sup>, en la que se afirmaba que la tuberculosis, *«eligiendo principalmente a sus víctimas entre la infancia y la juventud, dificulta el aumento de la población y puede poner en riesgo, si no se remedian sus estragos, la existencia misma de la raza»*. El texto especificaba que, en aquellas provincias en las que no existiese todavía ningún tipo de agrupación antituberculosa, los Gobernadores deberían convocar al inspector provincial de Sanidad, los subdelegados de medicina, los médicos de la beneficencia *«y cuantas personalidades, médicas o no, considere más prestigiosas, y en nombre del Gobierno invitarlas a crear el Comité antituberculoso»*, ofreciéndoles todas las facilidades a su alcance. En aquellos momentos, ya se habían puesto en marcha diferentes iniciativas para luchar

21 Real Orden Circular de 17-VI-1904, en *Gaceta de Madrid*, 19-VI-1904.

contra la tuberculosis en La Coruña, El Ferrol, Málaga, Zaragoza, San Sebastián, Palencia y Logroño, entre otras poblaciones de menor importancia (Malo, 1906: 7).

Para facilitar esta labor, «*los principales periódicos, así políticos como profesionales*», se hicieron eco de unas instrucciones de la AAE para la formación de las juntas, que se remitieron igualmente a todos los gobernadores civiles y a cualesquiera otras personas que hubiesen expresado su interés. En las instrucciones se indicaba a gobernadores y alcaldes que debían reunir a todos los médicos, farmacéuticos y veterinarios de la plaza, «*catedráticos, maestros, funcionarios de cierta categoría, ingenieros, arquitectos, abogados, sacerdotes, periodistas, propietarios, industriales y comerciantes de importancia*» y a «*todas las personas, en fin, que se puedan considerar como elemento intelectual y serio*» para formar una junta o mesa provisional y comisiones de trabajo (Malo, 1906: 12s; Molero, 1989a: 222).

Como resultado de todos estos esfuerzos, la AAE ya contaba en julio de 1904 con 116 asociados, «*sin contar los miles de obreros que simpatizaban con el movimiento, según cartas y oficios de sus respectivos Presidentes*». En agosto consiguió, con el apoyo del Gobierno, ser reconocida como «*Sociedad Central*» de España por el Bureau Central de la Lucha Antituberculosa de Berlín. La revista oficial del organismo internacional, *Tuberculosis*, publicó en 1905 un artículo sobre los progresos de la AAE (Malo, 1906: 14s; Molero, 1987: 22).

Mientras tanto, en Cataluña se ponía en marcha otra importante iniciativa para luchar contra la tuberculosis, de forma completamente independiente y autónoma. La Academia de Higiene de dicha región, que, creada en 1887, se había distinguido por diversas iniciativas antituberculosas desde 1894 –reconocimiento de escolares, concurso de ideas para evitar el contagio de la enfermedad, estudios sobre la posible implantación de sanatorios y dispensarios...–, auspició en 1904 la creación del Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis (Molero, 1989a: 212ss). El diseño científico y económico del nuevo organismo corrió a cargo del académico Víctor Soley y Gely, que, tras estudiar todos los modelos existentes en Europa, se decantó por un sistema de coste muy elevado –más de 1,5 millones de pesetas sólo en tareas constructivas– basado en cuatro dispensarios antituberculosos en Barcelona, dos hospitales suburbanos, dos sanatorios de altura, un sanatorio marítimo infantil y pabellones para enfermos incurables en los hospitales generales.



Sin embargo, Soley supo adaptar este plan a la realidad económica del momento y consideró que la prioridad serían los dispensarios. De igual modo, el académico asumía que ni el Estado estaba en disposición de efectuar los desembolsos necesarios, ni la masa trabajadora estaría dispuesta a detraer una porción de su salario para contribuir al sostenimiento del sistema. Por eso, la financiación tendría que encomendarse a una institución particular, que obtendría los fondos necesarios de las cuotas de sus socios, cuestaciones, recursos de la beneficencia oficial, grandes empresas, gremios, asociaciones, etc. (Soley, 1904). Además, el Patronato de Cataluña tenía entre sus objetivos el desarrollo de campañas de propaganda y el estudio de las medidas que tenían a desarrollar para atajar el contagio de la tuberculosis en todos los ámbitos (Molero, 1989a: 218s).

La asistencia de representantes del Gobierno, del Ejército y de la Iglesia en la reunión fundacional del Patronato da buena idea del apoyo institucional con el que contó desde el principio. La junta directiva quedó constituida por un buen número de personas ajenas al mundo de la medicina. Así, tanto la presidencia como dos vicepresidencias correspondieron a miembros de la burguesía catalana. Esta situación se equilibró mediante la designación de un comité ejecutivo de carácter más técnico, compuesto por tres médicos –Eduardo Xalabarder y Serra, Manuel Segalá y Estalella y Víctor Soley–, un abogado y un arquitecto, además de un presidente –el mismo de la junta directiva–, el comerciante y propietario Emilio Vidal Rivas. También se crearon dos comisiones de estudio, una dedicada a dispensarios, a cargo de Xalabarder, y otra a propaganda y estadística, presidida por Narciso Fuster. En 1908 se incorporaría una junta auxiliar de señoras, dedicada a recaudar fondos para el Patronato y fomentar la higiene entre las clases populares (Molero, 1989a: 216ss).

Como muestra de que los poderes públicos no permanecían ajenos al movimiento antituberculoso que, por iniciativa particular, iba desarrollándose en diferentes lugares, los presupuestos de sanidad de 1905 incluyeron por primera vez un capítulo destinado a «*gastos antituberculosos*», cifrado en 50.000 pesetas. La AAE acogió esta noticia con la esperanza de que dichos fondos pudiesen destinarse al desarrollo de su programa de dispensarios antituberculosos, pero la partida se eliminó de los presupuestos tras «*un cambio político*» que resultó «*funesto*» para sus intereses (Malo, 1906: 17 y 32).

Sin embargo, la AAE vio afianzada ese mismo año su posición institucional, obteniendo el reconocimiento como asociación de beneficencia particular y la exclusividad en el uso del emblema de la doble cruz roja, símbolo internacional de la lucha antituberculosa (*Ibid.*: 22; Molero, 1989a: 224). En 1906 contaba con 32 juntas provinciales y otras siete que se encontraban en trámites de constitución, a las que había que añadir las agrupaciones antituberculosas que se habían formado en seis provincias al margen de su disciplina (Molero, 1989a: 223).

Ese mismo año, el Gobierno liberal de Moret (Urquijo, 2004) creó el primer organismo oficial antituberculoso de España, la Comisión Permanente contra la Tuberculosis<sup>22</sup>, lo que sin duda representó un gran triunfo para la AAE (Malo, 1906: 28). En efecto, el ministro de la Gobernación, Álvaro de Figueroa –conde de Romanones– (Fig. 22), consideraba que había llegado el momento de que su departamento diera «*forma adecuada al cumplimiento de sus deberes en la profilaxis de tan terrible mal*», mediante una Comisión que tenía por objeto «*estudiar cuantas medidas proponga la Asociación*» e «*informar a los Poderes públicos respecto a los medios o recursos de eficacia reconocida para disminuir los estragos de la tuberculosis*». Por tanto, aunque efectivamente se trataba de un paso importante en la lucha antituberculosa, los poderes públicos se limitaban a reconocer la necesidad de recibir asesoramiento especializado y a poner en marcha un instrumento de comunicación directa con la AAE.

La Comisión Permanente contra la Tuberculosis, que dependía del Ministerio de la Gobernación como un órgano anejo a las inspecciones generales de Sanidad, se componía de un presidente que siempre sería el titular de Gobernación; todos los ex ministros de la Gobernación que se hubieran sucedido desde la creación de la AAE, como vicepresidentes; el vicepresidente del Real Consejo de Sanidad y los inspectores generales de Sanidad, y los presidentes que hubiese tenido la AAE; un secretario general; ocho secretarios adjuntos; y 40 vocales, «*elegidos entre los Profesores Médicos, hombres políticos, sociólogos, publicistas y demás clases sociales que se hayan distinguido por sus trabajos en pro de los fines de la lucha antituberculosa*».

En consecuencia, acompañando al conde de Romanones en la presidencia, fueron designados para las vicepresidencias, en calidad de ex ministros de la Gobernación, José Sánchez Guerra,

---

22 Real Decreto de 6-II-1906, en *Gaceta de Madrid*, 12-II-1906.

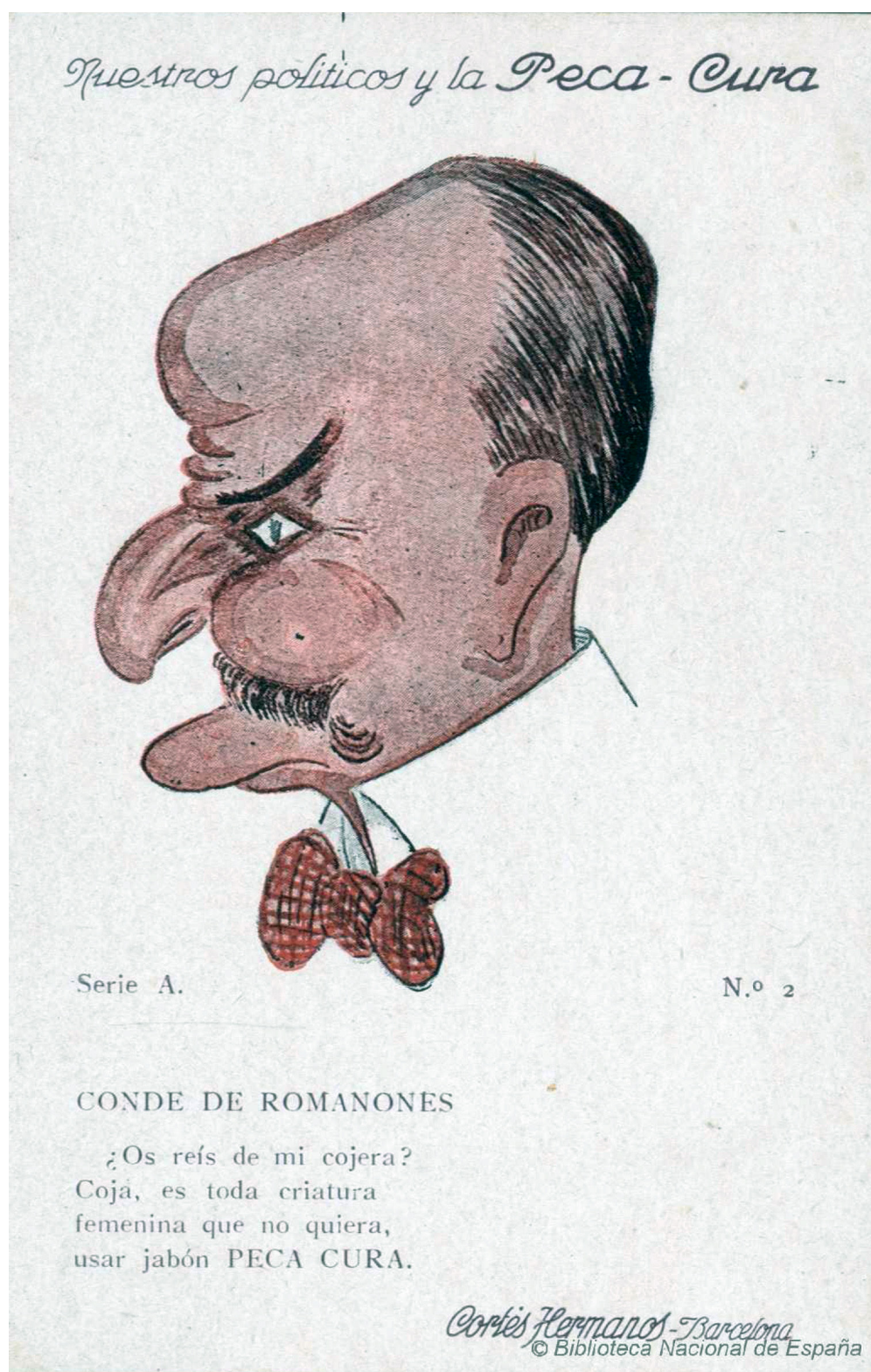


FIG. 22.— Caricatura de Álvaro de Figueroa Torres, conde de Romanones, en un anuncio de los jabones Peca Cura. El texto publicitario al pie condensa con ironía la política liberal de Romanones por modernizar España desde la élite en el campo de la higiene a principios del siglo XX. Postal: Nuestros políticos y la Peca Cura: Conde de Romanones (Cortés Hermanos, c1910-1920). Biblioteca Digital Hispánica, EPH/608(2).

Manuel Allendesalazar, Francisco Javier González de Castejón –marqués de Vadillo–, Augusto González Besada y Manuel García Prieto; como vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, Carlos María Cortezo<sup>23</sup>; y como inspectores generales de Sanidad, Eloy Bejarano y Manuel Alonso Sañudo.

El resto de puestos recayó en su mayor parte en miembros de la AAE; entre ellos, Malo de Poveda como secretario general. En cuanto a los ocho secretarios adjuntos –entre ellos Cortezo, Fatás, Ortega Morejón y Verdes Montenegro–, todos eran médicos. En la lista de vocales también figuraban destacados nombres de la medicina, junto a otras personalidades no menos significativas del mundo de la política, el periodismo y otras disciplinas, como Alberto Aguilera, Gumersindo de Azcárate, José Canalejas, Eduardo Dato, Rafael García Ormaechea, Rafael María de Labra, Antonio Maura, Julián Calleja, César Chicote, José Monmeneu, Rafael Ulecia, José Codina y Castellví, Francisco de Cortejarena, Amalio Gimeno, Ángel Pulido, José Francos Rodríguez, Miguel Moya o José Ortega y Munilla, entre otros<sup>24</sup>. Tras integrarse en la Comisión gran parte de los miembros de la AAE y, sobre todo, tras la dimisión de sus principales cargos, la segunda eligió una nueva junta directiva compuesta por González Besada en la presidencia y Calatraveño en la secretaría general (Molero, 1989a: 231).

Hay que esperar hasta comienzos de 1908 para que el Ministerio de la Gobernación apruebe el reglamento de la Comisión Permanente<sup>25</sup>, por lo que caben ciertas dudas del grado de operatividad real del organismo hasta ese momento. Uno de los factores que pudo limitar la actividad de la AAE fue la incapacidad del propio secretario general, que, aquejado de una penosa enfermedad, reconocía a principios de 1906 que había lastrado los progresos de la organización durante una temporada considerable (Malo, 1908: 5).

Conforme a su reglamento, la Comisión quedaba regida por una comisión ejecutiva, con arreglo a la siguiente composición: el ministro de la Gobernación, puesto que en aquel momento

---

23 El Dr. Cortezo fue redactor de *El Siglo Médico* en su primera época –1854-1936 (López Piñero y Terrada, 1990: 139)– desde 1874, y su propietario a partir de 1902 (Díaz-Rubio, 2000: 127). En 1903, Cortezo se convirtió en el presidente de la Asociación de la Prensa Médica Internacional (Fernández Sanz, 2001: 175).

24 Real Orden de 6-II-1906, en *Gaceta de Madrid*, 12-II-1906.

25 Real Orden de 20-I-1908, en *Gaceta de Madrid*, 24-I-1908.



desempeñaba Juan de la Cierva, como presidente; un vicepresidente elegido de entre los vicepresidentes de la propia Comisión Permanente, resultando elegido Espina y Capo; un secretario general, el mismo que el de la Comisión, esto es, Malo de Poveda; un secretario de actas elegido de entre los secretarios adjuntos, Víctor María Cortezo; y siete vocales, que serían los presidentes de cada una de las siete secciones que acompañaban a la comisión ejecutiva.

Estas secciones se ocuparían de las siguientes áreas: alimentación o subsistencias, presidida por Bernabé Dávila; habitación, presidida por Carlos María Cortezo; educación popular antituberculosa –escuelas, colonias escolares, hospicios marinos–, Manuel García Prieto; trabajo intelectual y físico, José Sánchez Guerra; instituciones complementarias –lucha contra el alcoholismo, la avariosis o sífilis y la neisserosis o gonococia–, Manuel Alonso Sañudo; dispensarios, sanatorios, hospitales especiales y seguros, Eloy Bejarano; y, por último, estadística y hacienda, presidida por Manuel Allendesalazar.

El reglamento establecía que la comisión ejecutiva y las secciones desarrollarían su labor desde el 1 de octubre hasta el 30 de junio. Asimismo, la Comisión Permanente en pleno debía reunirse, como mínimo, el primer martes de cada mes. Si en las reuniones plenarias y en las de las secciones no había quórum –fijado en la mitad de sus integrantes en ambos casos–, la sesión debía aplazarse a otro día.

En 1909, la Comisión Permanente se benefició de un notable incremento en su presupuesto: de las 5.000 pesetas que se consignaban en 1906, se pasaba a 100.000 pesetas (Espina y Capo, 1912c: 399), la mayor parte de las cuales se destinaba a los dispensarios antituberculosos que por aquel entonces existían en Madrid (Molero, 1989a: 243s). Aunque era una cantidad «*muy superior*» a la anterior, no era «*suficiente*» para cubrir todas las necesidades de la lucha antituberculosa (Malo, 1912a: 158).

Esta cifra da idea de la distancia insalvable entre las aspiraciones de médicos como Moliner y los planteamientos sanitarios de los sucesivos Gobiernos. A estas limitaciones presupuestarias de la Comisión hay que añadir una estructura que fue incrementándose y complicándose progresivamente. De este modo, el gobernador civil y el alcalde de Madrid, además del subsecretario del

Ministerio de la Gobernación (CPCLT, 1908a: 7)<sup>26</sup> y el inspector general de Sanidad Interior se unieron al organismo en el primer trimestre de 1908 (Molero, 1989a: 232)<sup>27</sup>.

Asimismo, mediante una Real Orden<sup>28</sup>, los miembros de la junta directiva de la junta central de la AAE se integraron en la Comisión Permanente, configurando un nuevo órgano de esta última, bajo la denominación de junta central. Las juntas provinciales y locales de la AAE, por su parte, pasaron a serlo de la Comisión, asignándoseles la función de asesorar a las juntas de damas del Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas; y todos los socios de la AAE se convirtieron en vocales adjuntos de la Comisión. Tras este proceso, la Comisión contaba ya con 81 componentes, que ocupaban 140 puestos entre todos los cargos desempeñados en las distintas secciones (Molero, 1989a: 232). Entre los miembros de la AAE que se integraron en la Comisión Permanente destacan Gustavo Pittaluga, Fernando Calatraveño, Joaquín Ruiz Jiménez, Manuel Tolosa Latour y Manuel Martín Salazar –inspector general de Sanidad Exterior y, posteriormente, director general de Sanidad (Matilla, 1987: 148)–. Por último, la Real Orden conminaba a los gobernadores civiles y los alcaldes de las poblaciones de cierta importancia a propiciar, una vez más, la formación de nuevas juntas antituberculosas allá donde no existieran.

Con esta iniciativa se intentaba paliar en cierta medida un panorama institucional de la lucha antituberculosa manifiestamente disfuncional, configurado por dos organismos muy similares en objetivos y organización interna, y en buena parte integrados por las mismas personas. Sin embargo, los cambios en la organización de la Comisión Permanente no hicieron más que comprometer su operatividad. En este sentido, importa destacar que a lo largo de 1908 sólo llegaron a reunirse las secciones de alimentación y de estadística y hacienda. El resto de miembros de las secciones fueron incapaces de atender a sus obligaciones en la Comisión, abrumados por muchas otras ocupaciones inherentes a su posición (Molero, 1989a: 234).

---

26 No hemos logrado localizar en la *Gaceta de Madrid* la Real Orden de 8-I-1908 a la que se alude en esta publicación oficial, y por la cual pudo hacerse efectiva la integración del gobernador civil y el alcalde de Madrid y del subsecretario de Gobernación en la Comisión Permanente.

27 No hemos logrado localizar en la *Gaceta de Madrid* el Real Decreto de 27-III-1908 al que alude este autor, y por el cual pudo hacerse efectiva la integración del inspector general de Sanidad Interior en la Comisión.

28 Fechada el 13-II-1908 y publicada en la *Gaceta de Madrid* el 16-II-1908.



La situación de incapacidad de la Comisión Permanente continuó empeorando, de modo que entre 1909 –año en el que absorbió al Patronato de Cataluña, que se convirtió en una de sus juntas territoriales (Soley, 1910: 10)<sup>29</sup>– y 1911, no existiendo asuntos que tratar a propuesta de las secciones, el pleno no se reunió ni una sola vez (Malo, 1912b: 8). En efecto, durante ese periodo no se reunió prácticamente ninguna sección de la Comisión (*Ibid.*, 1912c: 52); únicamente la de dispensarios y otras instituciones antituberculosas celebró alguna sesión, aunque de trámite, por la necesidad de legalizar los gastos efectuados por los tres dispensarios que funcionaban en la capital madrileña (Molero, 1989a: 234 y 237).

En cuanto a las juntas provinciales, aunque su número se fue incrementando, lo cierto es que muy pocas mantuvieron una actividad regular. De las 32 que existían en 1912, a las que hay que añadir otras 13 en proceso de constitución y 3 independientes de la Comisión Permanente, sólo siete, incluyendo la junta de Madrid, funcionaron de manera constante a lo largo del tiempo, más allá del empuje inicial inducido por los gobernadores civiles (Molero, 1989a: 247 y 249).

En este contexto, se entiende fácilmente que Malo de Poveda, en calidad de secretario general de la organización, reclamase en 1912 algunos cambios que contribuyesen a sacar a la Comisión de su letargo, haciéndola más operativa. Así, por ejemplo, se establecieron mecanismos para que las ausencias prolongadas de los cargos directivos no supusiesen la parálisis de la institución; se determinó que el pleno se reuniría siempre que el presidente o la comisión ejecutiva lo estimasen necesario; y se eliminaron las limitaciones relacionadas con la falta de quórum en las reuniones de las distintas secciones (Malo, 1912b: 24ss).

Sin embargo, algunas voces autorizadas en materia sanitaria, como Hauser o Martín Salazar, achacaban los males de la Comisión Permanente a la presencia de elementos ajenos al ramo sanitario, a una dotación presupuestaria insignificante y a la mala organización de las instituciones

---

29 No hemos logrado localizar en la *Gaceta de Madrid* la Real Orden de 29-III-1909 citada en esta publicación. En cualquier caso, esta medida del Gobierno central fue bien recibida por el secretario general del patronato catalán, que la entendió como un modo de acrecentar el prestigio de la institución, «*facilitando y ensanchando en cierto modo su esfera de acción*». En este sentido, es importante destacar que el patronato no se extinguía; muy al contrario, continuaría manteniendo su organización y funcionamiento (Soley, 1910: 11-12). De hecho, en 1922, el patronato de Cataluña se fusionó con la Caja de Pensiones para la Vejez y el Ahorro, pasando a engrosar la obra social de esta entidad (Molero, 1989a: 296), lo que pone de manifiesto que continuaba obrando con independencia.

antituberculosas existentes en aquellos momentos (Molero, 1989a: 237s).

A pesar de las maniobras de Malo de Poveda para revitalizar la Comisión, su situación de parálisis e incapacidad parecía no tener remedio. De este modo, un grupo de profesionales de disciplinas como la medicina, la ingeniería y la arquitectura, fundamentalmente, tomó la decisión de agruparse en torno a una Liga Popular contra la Tuberculosis con sede en Madrid. Constituida oficialmente en 1912 con cerca de 300 afiliados –si bien en 1911 la Comisión Permanente le había concedido una subvención por valor de 2.000 pesetas (Malo, 1912b: 14)–, la Liga basaba su acción antituberculosa en la promoción de la educación popular y la utilización de diversos medios de propaganda, como las conferencias, las cartillas higiénicas y los carteles. También se proponía elevar a los poderes públicos todas aquellas disposiciones que estimasen necesarias para incrementar la eficacia de la lucha contra la tuberculosis (Molero, 1989a: 266s).



FIG. 23.— Amalio Gimeno, ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes entre 1911 y 1912 y presidente de la Liga Popular contra la Tuberculosis, fundada en este último año. Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).

Al frente de la organización, que se preciaba de aglutinar a personas que podían acreditar una verdadera implicación en la lucha antituberculosa (Molero, 1989a: 267), se situaba el médico y político liberal Amalio Gimeno (Figs. 23 y 24), ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes entre abril de 1911 y marzo de 1912 (Urquijo, 2004). Estas fechas sugieren que la Liga se gestó durante su paso por el Gobierno, concebida como un revulsivo contra la inacción de la Comisión Permanente. Sin embargo, lo cierto es que el propio Gimeno formaba parte de ésta, como antes había militado en la AAE y en la fracasada Asociación contra la Tuberculosis de Espina y Capo.

En las vicepresidencias se situaban Tolosa Latour, que también era miembro de la Comisión Permanente –como en su momento lo había sido de la AAE y de la asociación de Espina–; Verdes Montenegro, igualmente implicado en la AAE y en la Comisión; Sebastián Recasens, y



FIG. 24.— El Dr. Amalio Gimeno caricaturizado en su doble faceta de médico y político (Fernández, 2001: 226).

Rafael Reinot. También formaban parte de la directiva una serie de médicos, algunos de ellos relacionados con el ejercicio del periodismo en mayor o menor grado. Como secretarios, Augusto Gutiérrez Gamero, Víctor Ruiz Albéniz, Ramón Villegas y Felipe García Triviño; y como vocales, Cristóbal Jiménez Encina, Fernando Sierra y Zafra, Fernando Coca<sup>30</sup>, Ángel Pulido, Manuel Úbeda Sarachaga<sup>31</sup>, José de Eleizegui<sup>32</sup>, Constantino Sánchez Mosquera<sup>33</sup>, Joaquín Tena Sicilia, Eduardo G. Gereda, Ricardo Becerro de Bengoa, Rafael Mollá y Rodrigo<sup>34</sup> y Emilio García Sierra (Molero, 1989a: 266s y nota 217).

Como puede observarse, el núcleo directivo de la Liga estaba exclusivamente integrado por médicos, en su mayor parte adscritos al Real Dispensario Antituberculoso María Cristina, lo que influyó notablemente en su actividad.

Así, este centro acogió, a instancias de la organización, unas sesiones científicas bastante celebradas en los círculos médicos; asimismo, el dispensario se convirtió en la sede de una Escuela

30 Fundador y director de *La Medicina Ibero*, publicada en Madrid entre 1917 y 1936 (López y Terrada, 1990: 99).

31 Colaborador de *El Eco de la Construcción*. Véase: "Noticias", *El Eco de la Construcción*, 1-V-1909, p. 6.

32 Director-propietario de la revista *España Médica*, publicada en Madrid entre 1910 y 1935 (López y Terrada, 1990: 82).

33 Además de la medicina, el Dr. Sarachaga también cultivó el periodismo (Naya, 1961: 305).

34 El Dr. Mollá fue un activo publicista de su especialidad médica, la urología, a la que dedicó muchos artículos sobre afecciones tuberculosas. Fundó en Valencia la *Revista del Instituto Operatorio de Valencia* y la *Revista de Cirugía General y Génito Urinaria* en 1903, y la *Revista Clínica de Urología y Cirugía Génito Urinaria* en Madrid en 1914, todas de vida breve (Pérez Albacete, 2005: 108). Asimismo, colaboró con la *Revista Española de Urología y Dermatología* (Pérez Albacete, 2005: 109), publicada en Madrid entre 1899 y 1927 (López y Terrada, 1990: 130); la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, Valencia, 1905-1936; *La Medicina Valenciana*, Valencia, 1901-1924; la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, Valencia, 1899-1920; y *Policlínica*, Valencia, 1913-1933 (Cánovas et al., 2005: 196).

de Tisiología pionera en España (Molero, 1989a, 267-268). La Liga también erigió una pequeña clínica, el Instituto de la Encarnación –financiado a expensas del tesorero, el también galeno Rodolfo del Castillo–, donde se veía tanto a tuberculosos como a otro tipo de enfermos. Esta especial inclinación hacia los asuntos clínicos, descuidando la vertiente más social de la tuberculosis, les valió, sin embargo, algunas críticas, como la de Codina Castellví, director del Real Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso (1916: 161-162) (Fig. 25).



FIG. 25.— José Codina Castellví (1867-1934). Foto: Díaz-Rubio (2003: 38).

Pero la acción más significativa de la Liga, con grandes repercusiones en el devenir de la lucha antituberculosa en España, fue la organización del primer *Día de la Tuberculosis* o *Fiesta de la Flor* en Madrid, que tuvo lugar el 3 de mayo de 1913 (Mesonero, 1920; Molero, 1989a: 268). En efecto, esta cuestación callejera, festiva y tan del gusto de la alta sociedad, a beneficio de la lucha antituberculosa, se saldó con un notable éxito, lo que ocasionaría que se repitiese con periodicidad anual durante décadas en diferentes puntos de España. De este modo, la *Fiesta de la Flor* no sólo se convirtió en una de las principales fuentes de financiación de la campaña contra la tuberculosis, sino que, al mismo tiempo, incrementó la visibilidad de la lucha, prestando un importante servicio a los propagandistas de la causa. Con la suma obtenida en la cuestación, casi 114.000 pesetas, la Liga costeó la instalación de un sanatorio popular en Húmera, en el término municipal de Pozuelo de Alarcón (RPADE, 1928: 26; Molero, 1989a: 269), cerca de la capital madrileña.

Tras este gran éxito de la Liga, que en un solo día había conseguido recaudar más de lo que el Estado destinaba a la lucha antituberculosa en un año, el ministro de la Gobernación, Sánchez Guerra, promovió en 1914 una reforma en profundidad de la Comisión Permanente, consciente de que los pequeños cambios en su operativa interna no eran suficientes. De este modo, se redujo drásticamente el número de personas que la integraban y se suprimieron las secciones. También se dio entrada a los presidentes de la Real Academia de Medicina, la Sociedad Española de Higiene,



la Diputación Provincial de Madrid, la Liga Popular contra la Tuberculosis, el Instituto Nacional de Previsión y el de Reformas Sociales; a los decanos de las Facultades de Medicina y Farmacia, y a los de las Beneficencias General, Provincial y Municipal; a los directores del Instituto Nacional Alfonso XIII, de las escuelas de Veterinaria y de Arquitectura y del Instituto Geográfico y Estadístico; y a los inspectores de Sanidad Militar de la primera Región y de la Armada. El resultado fue una organización más técnica, pese a las inevitables concesiones al poder político (Molero, 1989a: 238ss).

Aunque Gimeno fue incluido en la junta directiva, en lo que parecía un gesto conciliador, el Estado se apropió muy pronto de la iniciativa más exitosa de la Liga, el Día de la Tuberculosis, una fuente de financiación de primer orden que no podía dejar escapar. Así, en 1914, la Comisión Permanente se hizo cargo de la organización de este evento no sólo en Madrid, sino en toda España, con la colaboración de las juntas provinciales<sup>35</sup>.

Sin embargo, el incremento de los fondos disponibles no consiguió reanimar la actividad de la Comisión Permanente, que entre 1914 y 1917 vivió sus años más improductivos (Molero, 1989a: 277). Con estos antecedentes, el gran bache sanitario de la gripe de 1918 y sus funestas consecuencias sobre los índices de tuberculosis fue el detonante de una oleada de críticas contra la lucha antituberculosa oficial, en las que se acusaba al Gobierno de dejación de funciones. También se ponía el acento en el menosprecio hacia las cuestiones sanitarias de los gobernantes, más preocupados en otras cuestiones –no hay que olvidar que la epidemia de gripe se inserta en una honda y prolongada crisis política (Ruiz González, 1987: 504-506)–, lo que no hacía otra cosa que poner en peligro la riqueza nacional; y en la necesidad de acabar con un modelo de lucha antituberculosa basado en la caridad (Molero, 1989a: 278-280).

En 1919, el nuevo Gobierno liberal del conde de Romanones se propuso dar a la gestión sanitaria del Estado el empuje del que había carecido en los años precedentes y concedió la cartera de la Gobernación a Amalio Gimeno, que continuaba presidiendo la Liga Popular contra la Tuberculosis, en lo que supone un indiscutible guiño a los que reclamaban cambios urgentes en la lucha

---

35 Real Orden Circular de 10-VI-1914, en *Gaceta de Madrid*, 14-VI-1914.

antituberculosa. El ministro no tardó en aprobar un ambicioso Real Decreto<sup>36</sup> sobre prevención de enfermedades infecciosas, en el que la tuberculosis compartía el protagonismo con otros muchos males, tanto comunes como «*exóticos o pestilenciales*». Ciertamente, buena parte del texto no hacía más que actualizar o ampliar cuestiones que ya se habían tratado en la Instrucción General de Sanidad de 1904, lo que hace pensar en el escaso o nulo cumplimiento de ésta.

En el preámbulo del Real Decreto, Gimeno exponía crudamente el lamentable estado sanitario de España, en el que las tasas de mortalidad eran anormalmente elevadas: desde primeros de siglo hasta 1917 habían muerto por tuberculosis más de 600.000 individuos, y más de un millón y medio de personas por algunas de las principales enfermedades infecciosas. Según el ministro, se trataba de «*vidas perdidas por enfermedades que son evitables y que sólo pueden computarse a la incuria, al abandono y a nuestra deficiente organización para preverlas*». De este modo, se hacía necesario actuar con urgencia en el campo de la profilaxis pública de estas enfermedades, dando un tratamiento específico a «*la tuberculosis, la lepra y las venerosifilíticas, que por su carácter social y la influencia perniciosa que ejercen sobre el vigor y el porvenir de la raza, merecen una especial atención*».

A pesar de estas consideraciones, Gimeno no quería dejar de ser realista, adaptándose a las limitaciones históricas a las que la sanidad se había tenido que enfrentar. Por eso, reconociendo que «*los más firmes y nobles intentos de obtener una completa ley Orgánica de Sanidad han fracasado varias veces por la misma complejidad de los asuntos que el problema abarca*», se había dispuesto a utilizar un método «*más conveniente*», esto es, «*legislar en esta materia de un modo fragmentario, por medio de Reales decretos*», «*y cuando esto no pueda ni deba hacerse por medio de leyes parciales votadas en Cortes, a semejanza de otros países más prácticos*». En su orden de prioridades, las enfermedades infecciosas ocupaban el primer puesto, y de ahí que se les hubiese dedicado el primer puesto en este plan legislativo.

El Real Decreto de infecciosas también recogía algo poco habitual en la normativa sanitaria de la época: consignaciones presupuestarias. Consciente de que «*esta lucha exige, como todas las guerras, el dinero necesario, el más útil de todo el que un país puede gastar*», el ministro anun-

---

36 Real Decreto de 10-I-1919, en *Gaceta de Madrid*, 23-I-1919.



ciaba que presentaría a las Cortes, «*en los próximos presupuestos, los créditos necesarios para el planteamiento de las obras de reorganización sanitaria más importantes que hay que llevar a cabo en España*». La cantidad presupuestada para sanidad se elevó finalmente a un millón de pesetas, y a 400.000 en el caso de la lucha antituberculosa (Molero, 1989a: 281). Estas cantidades se aproximan a las reclamadas años atrás por Moliner para la construcción de sanatorios populares, lo que pone de manifiesto que, independientemente del uso concreto que pudiera dársele al presupuesto antituberculoso, una cobertura mínimamente razonable del problema pasaba necesariamente por la habilitación de los fondos necesarios, cosa que hasta la fecha no se había llevado a cabo.

El texto contemplaba veinte enfermedades infecciosas, entre las que figuraban la tuberculosis, la peste, el cólera, la viruela, el sarampión, las septicemias —especialmente la puerperal— o la gripe, además de las enfermedades «*escolares de origen parasitario*», siendo todas ellas de declaración obligatoria en un plazo máximo de 24 horas desde su detección. A este procedimiento se añadía la declaración oficial de epidemia cuando procediese.

Para evitar el contagio se establecía una serie de medidas profilácticas, como el aislamiento, siempre que no supusiese un «*grave riesgo para la salud pública*», en el propio domicilio del enfermo. En caso contrario, el enfermo debía ser trasladado a un hospital de aislamiento. En este sentido, el Real Decreto indicaba que todos los ayuntamientos dispondrían de locales apropiados para ello y que se instalarían diez hospitales de epidemias en las principales capitales de provincia adicionales al Hospital del Rey, que se construía en aquel momento en Madrid.

También se proponía la desinfección obligatoria «*en todo caso de enfermedad infecciosa y contagiosa*», así como la vacunación contra la viruela antes de los seis meses de edad, con sus posteriores revacunaciones periódicas. En ambos casos, serían los municipios los responsables de hacer cumplir lo estipulado.

El procedimiento que se establecía para asegurar que nadie eludiese la inoculación del suero antivariólico sería la obligatoriedad de presentar el correspondiente certificado de vacunación para poder ingresar en cualquier escuela, asilo de beneficencia o cualquier otro establecimiento público, exceptuando los hospitales.

Por otro lado, el Real Decreto dedicaba un apartado de medidas profilácticas «*de carácter especial*» contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas. Con respecto a la primera, el Gobierno anunciaba su intención de crear «*nuevos Dispensarios, Sanatorios, Hospitales especiales para tuberculosos y Laboratorios o Centros de investigación científica*», sin olvidar el apoyo económico a las iniciativas de carácter particular o privado.

Por último, Gimeno expresaba su intención de crear Institutos de Higiene regionales, con amplias competencias y dotaciones, que se sumarían al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.

Sin embargo, nada de lo proyectado pudo llegar a realizarse, pues el Gobierno volvió a cambiar de signo en tan sólo cuatro meses (Ruiz González, 1987: 505). En los años siguientes, la estructura organizativa de la lucha antituberculosa no varió, pero las reclamaciones efectuadas por el inspector general de Sanidad, Martín Salazar, y del vicepresidente de la Comisión Permanente, Espina y Capo, tuvieron su recompensa y en el periodo 1921-1922 se logró un incremento en el presupuesto, que se elevó a 250.000 pesetas, frente a las 100.000 pesetas que se venían consignando desde 1909 (Malo, 1912a: 158; Molero, 1989a: 290ss).

Aparejado a este pequeño impulso a los presupuestos, Martín Salazar elaboró, con la colaboración de Ángel Pulido, un proyecto de ley de bases para la reorganización sanitaria del país, en el que la tuberculosis ocupaba un puesto de especial relevancia en lo referido a medidas profilácticas, junto a la lepra, las enfermedades venéreas y el paludismo, además de la mortalidad infantil. El proyecto incluía, al igual que el Real Decreto de Gimeno, la creación de laboratorios o centros de investigación y de todo tipo de establecimientos antituberculosos y, por primera vez en un texto legislativo, se contemplaba la posibilidad de favorecer la institución de un seguro contra la enfermedad sostenido por trabajadores, patronos y Estado. Entre 1921 y 1922, este proyecto fue presentado a las Cortes en sucesivas ocasiones, pero nunca fue aprobado (Molero, 1989a: 294s).

En septiembre de 1923, el Directorio Militar de Primo de Rivera llegó al Gobierno de la nación en un clima de franca hostilidad de los tisiólogos hacia el aparato oficial de la lucha y de algunas cabeceras de la prensa especializada, con especial significación de *La Medicina Ibera*<sup>37</sup>,

---

37 Publicada en Madrid entre 1917 y 1936 (López y Terrada, 1990: 99).

uno de cuyos redactores, Álvarez Sierra, trabajaba en el Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia (Molero, 1989a: 301ss). Las críticas se centraban tanto en aspectos organizativos como en la insuficiencia de las inversiones estatales, amén del espinoso asunto de las retribuciones exigidas por los médicos que trabajaban, sin obtener ningún tipo de contraprestación económica –salvo excepciones muy puntuales–, en los establecimientos antituberculosos. Esta cuestión, planteada por primera vez en 1919<sup>38</sup>, continuaba sin resolverse.

En este contexto, los directores de los dispensarios y sanatorios antituberculosos de Madrid, José Verdes Montenegro, José Codina Castellví y José Palacios Olmedo, presentaron al Directorio un proyecto integral para renovar en profundidad la lucha antituberculosa, en el que se trascendía lo meramente organizativo e incluso sanitario, contemplándose medidas de índole socioeconómica. El plan partía de aspectos que se consideraban básicos para lograr una menor incidencia de la tuberculosis en la población más humilde: vivienda higiénica y alimentación abundante y de calidad a precios accesibles. En el aspecto puramente organizativo, se proponía que el mando de la lucha antituberculosa se unificara, acabándose con la dualidad de la Comisión Permanente –responsable de dispensarios y sanatorios populares– y la Dirección General de Sanidad –de la que dependían los sanatorios marítimos de Oza y Pedrosa– y situándose al frente de la nueva dirección una junta de carácter técnico y multidisciplinar –junto a los tisiólogos, habría sitio para los veterinarios, los arquitectos y los químicos–. La construcción de nuevos establecimientos se financiaría mediante un impuesto sobre los artículos de lujo y un nuevo delito, el de carácter sanitario, que iría acompañado del correspondiente sistema sancionador; además de las aportaciones de los ayuntamientos (Molero, 1989a: 303ss).

A la presentación de este proyecto siguió, en mayo de 1924, una conferencia de médicos de diversas instituciones antituberculosas de España, cuyo objetivo era perfilar un nuevo modelo de lucha oficial, partiendo de la propuesta de Verdes, Codina y Palacios. Celebrada en Madrid bajo la presidencia de Espina y Capo, la asamblea llegó a diferentes conclusiones relacionadas con aspectos clave, como la organización y la financiación –la cual correspondería tanto al

---

38 Real Orden de 14-VI-1919, en *Gaceta de Madrid*, 18-VI-1919. En esta disposición se alude a la Real Orden de 20-V-1918, por la que «los Sanatorios y Dispensarios de la Corte en que los solicitantes prestan sus servicios fueron declarados de beneficencia particular», aunque no nos ha sido posible localizarla en la *Gaceta*.

Estado central como a los ayuntamientos, sin renunciar a los recursos derivados de un seguro específico y de la *Fiesta de la Flor*—, pasando por la investigación científica o la titularidad de los dispensarios —se consideró que deberían seguir siendo iniciativas benéficas particulares—. Al igual que en Francia, se pretendía materializar este programa por medio de una asociación nacional de naturaleza y orientación estrictamente médicas, que gozaría del apoyo incondicional del Estado y que, al mismo tiempo, daría cierta autonomía a sus delegaciones locales y a los ayuntamientos (Molero, 1989a: 308ss).

Sin duda estos movimientos del gremio médico influyeron en las nuevas autoridades sanitarias, que el 4 de junio de 1924 decretaron la creación del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España<sup>39</sup> y, de este modo, daban por extinguida la Comisión Permanente. Sin embargo, el modelo que finalmente inspiró la nueva organización antituberculosa se ciñó básicamente, aunque con algunas modificaciones, a la propuesta de Verdes, Codina y Palacios.

La creación del Real Patronato venía a paliar, según el Real Decreto con el que se inició su andadura, la falta de «*unidad*» de la lucha antituberculosa, que se había desarrollado «*con más plausible intención que feliz resultado*». Por su parte, la Comisión Permanente se había enfrentado a grandes «*dificultades*» que se han opuesto a su «*buen funcionamiento*». En cuanto a los patronatos de dispensarios e instituciones antituberculosas de España y de Madrid, «*si llegaron a funcionar no perduraron en la consecución de los filantrópicos fines que se propusieron, no desarrollándose en la forma debida y deseada por carecer de una sección tutelar vigorosa*».

Esta situación era especialmente lamentable no sólo porque el origen de «*la inmensa mayoría de los recursos*» para el sostenimiento de sanatorios y dispensarios se debían a la reina Victoria Eugenia —de forma directa o indirecta—, sino porque lo que estaba en juego eran «*tantas preciosas vidas de nuestra juventud para ser útiles a la Patria y servir de amparo a sus familias*».

Del Real Patronato dependería «*la dirección, organización, vigilancia y administración de cuanto afecte a la lucha antituberculosa en toda España*», bajo la presidencia de la reina Victoria Eugenia. El nuevo organismo se estructuraría en torno a dos secciones, una administrativa y otra

---

39 Real Decreto de 4-VI-1924, en *Gaceta de Madrid*, 5-VI-1924.

técnica, en la que ninguno de sus miembros recibiría retribución alguna. En este sentido, es importante subrayar que este nuevo panorama organizativo no supuso un absoluto cambio en la consideración de las instituciones antituberculosas populares como obras de beneficencia particular, aunque tutelada por el Estado. Los únicos establecimientos directamente dependientes, en todos los sentidos, de los poderes públicos, seguirían siendo los sanatorios marítimos de Oza y Pedrosa (Molero, 1989a: 318).

De la sección técnica, formada por el director general de Sanidad y los médicos directores de los dispensarios y sanatorios de Madrid y su provincia, dependería todo lo relacionado con el *«buen funcionamiento de las Instituciones antituberculosa»*, incluido su personal. Así, la sección técnica tenía encomendada la *«alta inspección y vigilancia de la organización de estas Instituciones, a las que dará normas e instrucciones que sirvan para uniformar en lo posible los servicios»*. También era de su competencia *«todo lo referente a creación y desarrollo de nuevos Centros de prevención tuberculosa, especiales para niños»* y de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

La sección técnica también tenía asignada las tareas de profilaxis relacionadas con la higiene de la vivienda, de los centros de trabajo y cualquier local público, así como la inspección sanitaria de alimentos y bebidas. En este sentido, se otorgaba gran importancia a la propaganda, por lo que se invitaba a los técnicos a emplear cualquier medio para *«difundir las enseñanzas de la higiene en esta materia, y en la de la lucha antialcohólica y antiavariósica»*.

Asimismo, se ordenaba proyectar, en el más breve plazo posible, la creación de un Instituto Central Antituberculoso para el estudio e investigación de la tuberculosis, que pudiera convertirse en un dispensario modelo y, al mismo tiempo, en un centro de enseñanza para médicos, alumnos, enfermos y, en el futuro, enfermeras visitadoras.

La sección administrativa, por su parte, estaba compuesta por un presidente-delegado, un secretario general, un tesorero, un contador y seis señoras, nombrados todos por la reina. El Real Patronato quedaba facultado para nombrar el personal subalterno que retribuido que estimase oportuno; la reina también podía ampliar o reducir el número de vocales y cargos de esta sección.

Su principal misión era «*la alta dirección y cuanto afecte al problema económico de la lucha antituberculosa, con completa autonomía*». Por eso, debería revisar los presupuestos que enviasen todas las instituciones antituberculosas de España, proponiendo al Gobierno «*cuantos medios y recursos crea convenientes para el mayor desarrollo de las mismas*», a fin de que se tuviese en cuenta a la hora de elaborarse los Presupuestos del Estado. Además, tenía la obligación de redactar «*a su debido tiempo el proyecto de Presupuesto especial que ha de someter al Gobierno en concepto de subvención para la Lucha Antituberculosa en toda España*», y la responsabilidad de distribuirlos y controlar su aplicación. De igual modo, la organización del Día de la Tuberculosis en todo el país quedaba en manos de esta sección.

Excepto en Madrid, donde los órganos centrales del Real Patronato asumirían sus funciones, en todas las capitales de provincia, y a ser posible en todos los municipios, se constituirían «*en plazo breve*» las correspondientes juntas provinciales y locales, con funciones y estructura análogas a las del propio patronato. El nombramiento de sus miembros sería una atribución de la reina, «*teniendo en cuenta las personas más reconocidamente capacitadas a sus respectivos fines*». En la sección técnica, se daba por hecho que debían integrar los directores de las instituciones antituberculosas y por los médicos, farmacéuticos, veterinarios y arquitectos que más se hubiesen distinguido en cualquier aspecto de la lucha contra la tuberculosis.

Aunque un año después de la creación del Real Patronato ya existían 37 juntas provinciales (Molero, 1989a: 317) y en 1926 ya se habían implantado en todas las provincias (RPADE, 1926: 33), es probable que en algunos lugares su grado real de actividad no estuviese a la altura de lo exigido por la normativa. En Toledo, por ejemplo, no se instaló ningún dispensario municipal y la única medida tomada por las autoridades en materia antituberculosa durante todo el periodo fue enviar niños a colonias (Arroba, 1933: 116).

El mismo día que se decretaba la creación del Real Patronato, una Real Orden<sup>40</sup> definía los cargos que lo regirían y las personalidades que habrían de ocuparlos: su presidente- delegado, secretario general, tesorero y contador eran hombres provistos de título de nobleza. En la sección administrativa sólo había sitio para mujeres de la aristocracia —entre ellas, la condesa

---

40 Fechada el 4-VI-1924 y publicada en la *Gaceta de Madrid* el 5-VI-1924.



de Romanones—, junto al subsecretario de Gobernación —el general Martínez Anido (Malerbe, 1986: 40)— como vocal nato; en la sección técnica se integraban Espina y Capo, Codina, Verdes Montenegro, Palacios Olmedo, Armando Costa Tomás, Jesús de Bartolomé Relimpio, Julio Blanco y José Mouris Riesgo, además del director general de Sanidad. Posteriormente se incorporó a esta última Malo de Poveda, tras haber cursado una reclamación a Martínez Anido y al presidente-delegado del Real Patronato (Molero, 1989a: 316).

El nuevo organismo inició su andadura con el mismo presupuesto que la Comisión Permanente en sus últimos años, esto es, 250.000 pesetas (Molero, 1989a: 317). Sin embargo, el Directorio Militar ya había trazado, con carácter previo a su constitución, un plan para incrementar las partidas destinadas a la lucha antituberculosa sin que eso supusiera un mayor esfuerzo para la Hacienda pública. De este modo, en febrero de 1924 se decidió que todos los años se cediese el producto íntegro de un sorteo especial de la Lotería Nacional a cuatro causas: a la Cruz Roja, que se llevaría la mitad de lo recaudado; y a las luchas contra la tuberculosis, el paludismo y la lepra, que obtendrían la otra mitad, repartida a partes iguales. Al igual que la *Fiesta de la Flor*, esta iniciativa se saldó con un gran éxito y, desde entonces, se convirtió en una fuente de ingresos nada desdeñable para la lucha antituberculosa, que perduraría igualmente durante muchos años, más allá de este período histórico.

La fecha elegida para el sorteo sería el 12 de octubre, haciéndolo coincidir simbólicamente con el entonces denominado *Día de la Raza*<sup>41</sup>. Con posterioridad a la celebración del sorteo, los porcentajes de reparto previamente decretados se modificaron «*por la mayor extensión que notoriamente tiene la tuberculosis en relación con el paludismo y la lepra*», así como por «*la notable disminución que, a consecuencia de diferentes circunstancias*» —no hay más detalles sobre esas circunstancias ni sobre la mencionada reducción de los presupuestos— habían experimentado los recursos de que disponía el Real Patronato. Así, la lucha antituberculosa vio incrementada su cuota a tres cuartas partes del 50% que no se destinaba a la Cruz Roja, lo que se tradujo en unos ingresos extraordinarios por valor de 1.194.599,63 pesetas<sup>42</sup>. Incluso aunque las «*circunstancias*» a las que acabamos de aludir hubiesen desembocado en una pérdida total de las subvenciones estatales de

---

41 Real Decreto de 28-II-1924, en *Gaceta de Madrid*, 29-II-1924.

42 Real Decreto de 10-IV-1925, en *Gaceta de Madrid*, 12-IV-1925.

las que gozaba el Real Patronato, la recaudación del sorteo especial de la Lotería Nacional de 1924 constituyó el mayor presupuesto que la lucha antituberculosa había tenido a su disposición jamás. Estos ingresos extraordinarios se dispararon en el sorteo de 1925 hasta las 2.498.143,17 pesetas (RPADE, 1926: 41-42).

Finalmente, el Directorio Militar ideó otra fuente de financiación para el Real Patronato, consistente en el 50% de los ingresos derivados de la venta del Estatuto Municipal del 8 de marzo de 1924<sup>43</sup>. Entre 1925 y 1926, dichos ingresos se elevaron a 42.455,22 pesetas (RPADE, 1926: 39-40).

A pesar de esta inyección de fondos para la lucha antituberculosa, el Directorio Militar no logró evitar una creciente contestación del gremio médico. Tan sólo un año después de que el Real Patronato iniciase su andadura, los tisiólogos comenzaron a expresar su disconformidad con el modelo elegido, que en la práctica se demostraba inoperante. En efecto, la raíz del problema era organizativa, no de capacidad profesional de las personas que conformaban la sección técnica. Por eso se reclamaba que el Estado asumiese por fin todas las competencias en materia de lucha antituberculosa a través de la Dirección General de Sanidad, en lugar de depositarlas en un organismo autónomo. También se ponía el acento en la necesidad de hacer cumplir la declaración obligatoria de la tuberculosis, cosa que no se producía, de incrementar en número y variedad las instituciones y obras antituberculosas para cubrir el amplio espectro de afectación social que producía la enfermedad; y de trabajar para la puesta en marcha de un seguro social específico. A todo ello iría aparejada la consideración del personal facultativo como un cuerpo sanitario oficial, que debía recibir su correspondiente retribución, cosa que no se estaba produciendo.

Estas demandas fueron elevadas hasta el mismo Directorio Militar a través de una nueva organización profesional, la Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa, constituida en 1926 bajo la presidencia de Ángel Navarro Blasco, médico del Real Dispensario María Cristina —particularmente activo en *La Medicina Ibera*, donde expresó sus opiniones sobre la marcha de la lucha antituberculosa—. Aunque no fueron estimados favorablemente, los planteamientos de la

---

43 Aprobado por Real Decreto, en *Gaceta de Madrid*, 9-III-1924. Ni la exposición de motivos ni el articulado contienen alusión alguna a la lucha antituberculosa, ni mucho menos a su financiación.

asociación llegaban en un momento crítico para el Real Patronato. Los miembros de la sección técnica se encontraban sumamente contrariados porque la sección administrativa actuaba de forma completamente independiente, sin efectuarles ningún tipo de consulta previa. Además, veían cómo los sanatorios nacionales disponían de todo lo que los centros adscritos al Real Patronato carecían.

En este clima tan enrarecido, y como consecuencia directa del mismo, se produjo la dimisión en bloque de todos los miembros de la sección técnica. El Gobierno se vio, por tanto, obligado a reaccionar, decretando una reorganización del Real Patronato<sup>44</sup>. Dada la hostilidad de los tisiólogos, en lugar de nombrar nuevamente a los miembros de la sección técnica, el ministro de la Gobernación, Martínez Anido, decidió prescindir de ella y traspasar sus competencias y atribuciones a la Dirección General de Sanidad. La sección administrativa simplemente cambió su denominación por la de junta central administrativa, con los mismos componentes y funciones que con anterioridad.

El director general de Sanidad se encargaría de formular el plan general de organización técnica y social antituberculosa, que se actualizaría conforme a los progresos científicos y debería contar con la aprobación de la reina; la junta central administrativa sólo tendría que ser oída. En estas funciones, el máximo responsable del área de Sanidad estaría asesorado por una Junta Consultiva Nacional, no retribuida, *«con el objeto de dar la debida representación a los elementos técnicos de las Juntas provinciales y directores de Sanatorios y Dispensarios de Madrid»*. Este órgano consultivo estaría compuesto, por tanto, por el inspector general de Sanidad Interior, el director de la Escuela de Veterinaria de Madrid, un representante de cada una de las secciones técnicas de las juntas provinciales del Real Patronato, los médicos directores de los dispensarios y sanatorios antituberculosos de Madrid, un médico de cada dispensario madrileño, un catedrático de la especialidad o de patología interna en el Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, dos médicos militares y un farmacéutico designado por el colegio de la capital. Es significativo señalar, no obstante, que este órgano consultivo no llegó a reunirse jamás (Benito, 1931: 99).

La reforma del Real Patronato también contemplaba la creación de una Comisión Asesora Permanente, cuyos miembros designaría la Dirección General de Sanidad de entre las personas

---

44 Real Decreto de 3-II-1926, en *Gaceta de Madrid*, 6-II-1926.

que deberían haber conformado la fallida Junta Consultiva Nacional. En la Comisión Asesora quedaron integrados, entre otros, Verdes Montenegro, Espina y Capo, Palacios Olmedo y Codina Castellví, además de Sayé y Serrano representando a las provincias de Barcelona y Sevilla, respectivamente, y Navarro Blasco como secretario (Molero, 1989a: 328-329). De esta manera, el núcleo fundamental de la sección técnica, junto a otras importantes personalidades de la tisiología española, seguía participando activamente en la organización de la lucha antituberculosa, aunque sólo con funciones consultivas y sin la pesada carga de una sección administrativa desleal.

La Comisión Asesora se reunió en varias ocasiones y elaboró un plan de actuación «*estimable*» (Benito, 1931: 99), que incluía, entre otras medidas, la implantación de un seguro contra la tuberculosis, la colocación familiar de niños inmersos en entornos de riesgo –conocida como obra Grancher–, la creación de servicios de reeducación y reinserción laboral para enfermos curados, la remuneración de los médicos de instituciones antituberculosas y el incremento del presupuesto de lucha antituberculosa hasta los dos millones de pesetas anuales (Molero, 1989a: 333).

Sin embargo, este programa apenas se vio satisfecho en el orden legislativo, y fueron pocas las recomendaciones de la Comisión Asesora que tuvieron el respaldo de los poderes públicos, fundamentalmente las menos costosas en términos económicos. Éstas se recogieron, algunas en su forma original y otras de forma parcial, en una Real Orden en septiembre de 1926<sup>45</sup> (Molero, 1989a: 331) dirigida a las diputaciones y a los municipios de más de 10.000 habitantes. Además de diversas indicaciones en lo relativo a asistencia hospitalaria, sanatorial y dispensarial e instituciones dedicadas a proteger a la infancia de la tuberculosis, la Real Orden recomendaba que se municipalizase industrialmente el abastecimiento de leche, o que al menos no se permitiese la venta de leche sin esterilizar procedente de vaquerías sin las debidas condiciones higiénicas (Molero, 1989a: 332).

Estos fueron los últimos cambios significativos, desde el punto de vista normativo, en la lucha antituberculosa antes de que el régimen monárquico diese paso a la Segunda República. El tira y afloja de los médicos del Real Patronato con las autoridades sanitarias por lo que consideraban un derecho no reconocido –consideración de cuerpo sanitario del Estado, con su correspondiente

---

45 Nos ha sido imposible localizarla en la *Gaceta de Madrid*.

escala retributiva—, así como por unas reformas organizativas y unas inversiones públicas que no acababan de llegar, no cesará a pesar de algunas concesiones y gestos de última hora.

## **CENTROS DE ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DURANTE LA RESTAURACIÓN Y LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA**

El primer centro sanitario destinado a combatir específicamente la tuberculosis en España fue el sanatorio marítimo de Chipiona —conocido años más tarde como sanatorio de Santa Clara (Benavente, 1914: 484)—, fundado en 1892 por el pediatra Manuel Tolosa Latour (1857-1919), aunque no empezó a funcionar realmente hasta 1897 (Molero, 1989a: 452). Este centro, que contó con la ayuda de la Fundación de Sanatorios Marítimos en España (*Ibid.*), tenía como por objeto restituir la salud de los niños enfermos y fortalecer el organismo de los débiles, propensos al contagio, gracias a los efectos beneficiosos del sol y el agua del mar (Tolosa, 1914: 347ss).

Esta iniciativa nace en un contexto de honda preocupación por las elevadas tasas de mortalidad infantil, que amenazaban la riqueza del país y hasta comprometían su futuro; precisamente, la infancia se consideraba «*el gran vivero*» de la tuberculosis (Tolosa, 1914: 348). El sanatorio de Chipiona es, por tanto, una de las manifestaciones prácticas más tempranas de este estado de opinión, que pretende acabar con el estado de desprotección en el que se desenvuelve la vida de los infantes:

*“¡El niño! El ser más débil, el que debiera ser más querido, el que lleva en sí el germen de lo que será el hombre, lo que encarna la más hermosa expresión del amor, no ha sido atendido convenientemente por la humanidad. La gran obra protectora iniciada en todos los pueblos cultos a favor de la mujer y del niño, favoreciendo la puericultura intrauterina y la lactancia, velando celosamente por la salud y bienestar de los pequeñuelos en el hogar, en el asilo, en la escuela, en todas las partes, es la más eficaz defensa de la tuberculosis en la sociedad»* (Tolosa, 1914: 348).

Algunos años después, un catedrático de Medicina de la Universidad de Valencia, Francisco Moliner Nicolás, pondría en marcha el sanatorio de Porta Coeli, un ambicioso proyecto antituber-

culoso especialmente diseñado para enfermos pobres que gozó de gran repercusión pública. Ubicado en la sierra Calderona de Valencia, en las proximidades de la antigua cartuja de Porta Coeli –a unos 30 km de la ciudad del Turia (Barona, 2007: 42)–, el sanatorio comenzó su actividad el 16 de julio de 1899 con capacidad para 25 enfermos, «*habiendo recogido calurosos elogios por parte de toda la Prensa de Valencia*»<sup>46</sup>. Su objetivo era «*proporcionar salud y consuelo a los pobres repatriados que enfermos han llegado después de sacrificarlo todo por su patria –de hecho, todo el personal subalterno del sanatorio había sido elegido entre repatriados de las últimas posesiones coloniales españolas (Molero, 1989a: 192)– y a los pobres tuberculosos del taller*»<sup>47</sup>.

Para hacer realidad su idea, Moliner había canalizado buena parte de sus esfuerzos hacia los propios destinatarios de su obra, a los que solicitó su colaboración e implicación en una obra de cooperación y apoyo mutuo. Así, el sanatorio pudo iniciar su andadura gracias a las aportaciones de 14.000 obreros valencianos, obtenidas mediante la campaña del céntimo diario; a las 100.000 pesetas reunidas entre las «*clases medias y acomodadas de Valencia*»; y a los donativos de los alumnos universitarios. Posteriormente, y gracias a la infatigable labor de Moliner en diversos núcleos industriales del país<sup>48</sup>, la campaña llegó a contar con la suscripción de 140.000 obreros de 856 talleres (Moliner, 1990: 261). Aunque no es posible contrastar estos datos, que, al habernos llegado a través del propio Moliner<sup>49</sup> o de sus colaboradores (Molero, 1989a: 190, nota 23 y 1990: 276, nota 39), podrían estar sobredimensionados, lo cierto es que la repercusión del céntimo diario fue notable (Reig, 1982: 53 y 101).

Moliner era consciente, no obstante, de que la supervivencia del sanatorio estaría indisolublemente ligada al apoyo económico del Estado, por lo que también se dirigió a las instituciones. Gracias a sus gestiones, consiguió que la Administración se prestase a estudiar la «*necesidad y conveniencia*» de que el sanatorio se financiase con fondos públicos. Para llevar a cabo este análisis, se solicitaron informes a las «*Corporaciones técnicas y populares de Valencia*», que resultaron favorables. Asimismo, la reina regente y el príncipe Alfonso se declararon «*Protectores*» de Porta

46 (A)rchivo (G)eneral de (P)alacio, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Cajón 8, Exp. 14.

47 AGP, *Proyecto...*, RA13, Caja 8802, Exp. 54.

48 AGP, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Cajón 8, Exp. 14.

49 *Ibid.*



Coeli<sup>50</sup>.

Paralelamente, se constituyó un consejo de patronos para la administración del centro<sup>51</sup> nombrado por la reina<sup>52</sup> y formado por «*las primeras Autoridades, directores de la Prensa, presidentes de Sociedades y personas distinguidas de la Capital bajo la Presidencia del Excelentísimo e Ilustrísimo señor Arzobispo de la Diócesis*»<sup>53</sup>. Asimismo, el sanatorio obtuvo la calificación oficial de obra de beneficencia particular<sup>54</sup>.

A finales de 1899, el sanatorio de Porta Coeli se declaró de utilidad pública y se admitió a trámite una proposición de ley para darle la consideración de nacional (Molero, 1989a: 193)<sup>55</sup>, lo cual hacía augurar un feliz desenlace para las demandas de Moliner. La cifra necesaria para asegurar el buen funcionamiento de Porta Coeli y el desarrollo de un ambicioso plan terapéutico y social ascendía a cinco millones de pesetas, que el Estado debía librar a lo largo de diez años<sup>56</sup>.

Este plan incluía la instalación de 1.400 camas —en aquel momento, el sanatorio sólo acogía a 40 enfermos—, con la siguiente distribución: en la sección para tuberculosos, 150 en los pabellones de pago y 300 en los pabellones para pobres; en la «*Granja-Sanatorio para tuberculizables*», 300; en el «*Colegio-Sanatorio para hijos de tísicos pobres*», 200; en el «*Asilo de Lactancia y párvulos*», 50; en la «*Penitenciaria-Sanatorio*», 200; en el «*Cuartel-Sanatorio*», 100 camas; y en la «*Colonia-Sanatorio*», 100 camas. Esta distribución muestra cómo Moliner había pensado en dar respuesta a muchas de las facetas del problema tuberculoso en un solo centro, lo que suponía una iniciativa pionera. Además, había ideado un sistema de financiación adicional a las subvenciones públicas, basado en los rendimientos de las camas privadas, los productos obtenidos en la propia

---

50 *Ibid.* Según el testimonio del propio Moliner, tanto el compromiso de estudio como la declaración de protección de los monarcas se plasmó en el Real Decreto de 21-II-1899, aunque no hemos logrado localizarlo en la *Gaceta de Madrid*.

51 *Ibid.* Según el testimonio del propio Moliner, por Real Orden de 3-III-1899, aunque no hemos logrado localizarla en la *Gaceta de Madrid*.

52 AGP, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Caja 8802, Exp. 54.

53 AGP, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Cajón 8, Exp. 14.

54 AGP, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Caja 8802, Exp. 54.

55 Molero cita un Real Decreto de 6-XII-1899, aunque no hemos logrado localizarlo en la *Gaceta de Madrid*.

56 AGP, *Proyecto de construcción del Sanatorio Porta Coeli*, RA13, Cajón 8, Exp. 14.

granja-sanatorio y de la explotación forestal y lúdica de los pinares públicos adyacentes, los donativos privados y de las corporaciones provinciales y municipales, y las dietas que el Estado abonaba a los soldados enfermos y a los reclusos<sup>57</sup>.

Sin embargo, la proposición de ley en la que Moliner había depositado sus esperanzas nunca prosperó y el sanatorio tuvo que continuar su actividad sin el respaldo económico del Estado, hasta que se vio obligado a cerrar sus puertas en febrero de 1902 (Molero, 1989a: 193ss).

Por lo que se refiere a los dispensarios antituberculosos, el primero de España, que abrió sus puertas en esta misma época de eclosión del movimiento antituberculoso, se debió igualmente a la iniciativa particular de un médico<sup>58</sup>, el Dr. José Verdes Montenegro (1866-1942) (Fig. 26). En diciembre de 1901, el establecimiento iniciaba su andadura en Madrid<sup>59</sup> (Molero, 1989a: 206) con un doble objetivo: uno de carácter sanitario, esto es, proporcionar atención médica a los tuberculosos pobres; y otro propagandístico, directamente encaminado a «agitar conciencias» y conseguir que se fuesen implantado más dispensarios en otras ciudades españolas (Anónimo, 1909: 5), como efectivamente sucedió.

La apertura de este centro tuvo lugar siendo el Dr. Ángel Pulido Fernández (1852-1932) (Fig. 27) director general de Sanidad<sup>60</sup>, que de algún modo la indujo y facilitó. En este sentido, Pulido fue el responsable de que Verdes asistiera, junto a Espina y Capo y en calidad de representantes

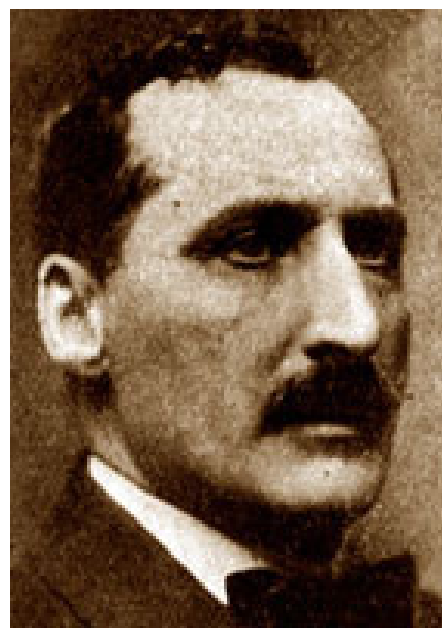


FIG. 26.— José Verdes Montenegro, fundador del primer dispensario antituberculoso de España, en 1901, y director general de Sanidad por dos ocasiones durante la Segunda República. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).

<sup>57</sup> *Ibid.*

<sup>58</sup> Así consta en una Orden de 30-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 3-X-1934.

<sup>59</sup> Inicialmente, el dispensario se encontraba en la Policlínica Cervera, en la calle Jorge Juan, 3, bajo (Hauser, [1902]: 196; Buendía, 2010: 237). En unos meses se inauguró como instituto independiente en el barrio de Chamberí, con la presencia de la reina regente y el ministro de la Gobernación (Buendía, 2010: 237).

<sup>60</sup> Nombrado por Real Decreto de 10-III-1901, en *Gaceta de Madrid*, 11-III-1901; y cesado por Real Decreto de 7-XII-1902, en *Gaceta de Madrid*, 10-XII-1902. El paso de Pulido por la Dirección General de Sanidad se produjo durante el Gobierno liberal de Sagasta (Urquijo, 2004).



FIG. 27.— Ángel Pulido Fernández, director general de Sanidad entre 1901 y 1902. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).

oficiales del Estado, al Congreso de Tuberculosis que se celebró en Londres en 1900. Allí Calmette expuso las bondades de los dispensarios para tuberculosos y propuso su implantación generalizada para luchar contra la enfermedad (Molero, 1989a: 206).

En 1901, Pulido confió a Verdes la redacción de un informe sobre cómo debía organizarse la lucha antituberculosa en España, en atención a su experiencia profesional y a los conocimientos adquiridos en el congreso de Londres. Influido sin duda por las ideas de Calmette, Verdes recomendó que el sistema se fundamentara en el dispensario y no en el sanatorio, como defendía el Dr. Moliner, por motivos puramente económicos. Sin desdeñar la utilidad de los sanatorios y desde el reconocimiento a la labor de Moliner, Verdes se amparaba en la falta de un estado de opinión pú-

blica lo suficientemente concienciado sobre el problema tuberculoso. En esas condiciones, no se entenderían ni apoyarían los formidables desembolsos que exigiría la implantación de una red de sanatorios que pudiese dar cobertura a todos los enfermos del país, como proponía Moliner con su proyecto de ley protectora de tísicos pobres. No obstante, Verdes sí era partidario de crear algunos sanatorios para los casos de más fácil curación, aunque financiados en su mayor parte por diputaciones, ayuntamientos o sociedades benéficas, con la cooperación de las sociedades obreras, las grandes empresas y los particulares y, en el última instancia, del Estado (*Ibid.*: 194 y 197s).

En diciembre de ese año, Verdes se decidió a llevar a la realidad sus propios postulados y puso en marcha su dispensario, con sus propios recursos<sup>61</sup> y una subvención anual de 2.000 pesetas por parte del Ayuntamiento y 1.500 de la Diputación Provincial (Hauser, [1902]: 196). Como centro perteneciente a la beneficencia particular —el Estado se limitaba a ejercer funciones de inspección y protección, pero su administración era totalmente privada—, contaba con una Real Junta de Damas, que, presidida por la reina María Cristina, se encargaba de recaudar fondos para su sostenimiento

61 Orden de 30-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 3-X-1934.

y de participar en las labores de propaganda que el propio dispensario organizaba (Molero, 1989a: 252s).

La puesta en servicio del segundo dispensario antituberculoso de España se produjo en la ciudad de Barcelona, en septiembre de 1904, merced al Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis, y con la misma naturaleza benéfica que el dispensario de Verdes Montenegro. Ubicado en la calle Diputación, 336, esquina con el paseo de San Juan, estaba dirigido por el Dr. Eduardo Xalabarder y Serra, alentador de la campaña antituberculosa en la capital catalana. En la comisión técnica del centro, junto a Xalabarder, se encuadraban otros cuatro médicos<sup>62</sup>, dos arquitectos y un ingeniero. En sus instalaciones, cercanas a tres barriadas obreras muy pobladas, se facilitaban, además de asistencia médica, medicinas, lavado y desinfección de ropas, escupideras y sus correspondientes líquidos desinfectantes, bonos para la adquisición de leche, carne y pan, y hasta 2 pesetas diarias a los enfermos más necesitados (Soley, 1912: 45s; García Luquero, 1950: 141s).

En 1905, la Asociación Antituberculosa Española —de ahora en adelante, AAE—, estimulada por estos ejemplos —no en vano, Verdes Montenegro formaba parte de la comisión de dispensarios de la junta central de la organización—, presentó diversos proyectos para la implantación de dispensarios en todo el país. Tomando como base un modelo para Madrid<sup>63</sup> y otro que podía adaptarse a cualquier población, la AAE apostaba por crear una red de dispensarios antituberculosos que diera cobertura a todas las provincias (Gimeno *et al.*, 1908; CDAAE, 1908; Espina y Malo, 1908).

Como en tantos otros proyectos similares, los grandes desembolsos necesarios estaban plenamente justificados habida cuenta de la inmensa pérdida de riqueza nacional que suponía la sangría tuberculosa, que se estimaba en 75,6 millones de pesetas según los cálculos más optimistas. De ahí que el Estado estuviese en la obligación de financiar su creación (Espina y Malo, 1908: 25 y 27), unas 3.800 pesetas cada uno, a las que habría que sumar algo más de 2.200 pesetas al año en concepto de mantenimiento, sin contar la asistencia social a los enfermos y sus familias en forma de alimentos, ropa, etc. (CDAAE, 1908: 19s). El plan contemplaba un número variable de dispensarios en cada capital de provincia, en función de su población; si bien todas tendrían, como

---

62 Dos de ellos, Víctor Soley y Gely y Manuel Segalá y Estalella, formaban parte, como él, del comité ejecutivo del Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis (Molero, 1989a: 217).

63 El arquitecto Amós Salvador concluyó los planos en 1906 (Malo, 1906: 28).

mínimo, un centro. En total, 81 dispensarios, con un coste global cercano a las 500.000 pesetas en el primer año de funcionamiento y unos gastos de mantenimiento en los ejercicios sucesivos de más de 180.000 pesetas (Espina y Malo, 1908: 27ss).

En cualquier caso, la AAE no deseaba ser acusada de excesivo idealismo, y reconocía que este plan tenía que adaptarse a la realidad. En ese esfuerzo por acomodarse a los recursos disponibles, aunque se calculaba que en Madrid hacían falta entre 10 y 12 dispensarios, se consideraba que cinco era un número aceptable. Asimismo, se reconocía que la proliferación de dispensarios sólo sería posible con la colaboración de los médicos especializados, a los que se les animaba a establecer esos centros «*con la modestia a que sus medios les obliguen*» (CDAAE, 1908: 16) en lugar de esperar inútilmente a que los ayuntamientos y las diputaciones provinciales diesen el primer paso. Una vez establecidos, sería mucho más sencillo conseguir apoyos por parte de las corporaciones públicas, de las Juntas de Caridad existentes en todas las provincias, de las grandes empresas, de las sociedades obreras, etc.:

*«No hay propaganda que iguale a la propaganda viva que se hace en los Dispensarios, la eficacia de los cuales resalta más cada día. Los enfermos que acuden a ellos crean en poco tiempo la atmósfera que es necesaria para que el Poder público fije su atención en la obra que los Dispensarios realizan y les ayude en su campaña»* (CDAAE, 1908: 16).

El dispensario de Verdes Montenegro, en Madrid, era una muestra patente de este fenómeno, pues, como ya hemos visto, no sólo había logrado hacerse con subvenciones públicas, sino también con la colaboración de la Asociación de Beneficencia Domiciliaria.

Por otro lado, en el proyecto se otorgaba gran importancia a la función de propaganda de los dispensarios, que debía estar especialmente diseñada para atraer a los tuberculosos incipientes. En este sentido, se consideraba que la AAE podría costear una gran tirada de algunos párrafos de la Circular sobre la tuberculosis de 1901<sup>64</sup> y regalarlos a todos los dispensarios de España para su distribución (CDAAE, 1908: 16ss).

---

64 Circular de 4-X-1901, en *Gaceta de Madrid*, 6-X-1901.

Sin duda, los trabajos de la AAE y la creación de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis<sup>65</sup> fueron determinantes para que, en 1906, se publicase un Real Decreto que anunciaba la creación del segundo dispensario de Madrid, el Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia<sup>66</sup>. En la exposición de motivos del Real Decreto, se acusaba a la tuberculosis de contribuir en gran medida a que las tasas de mortalidad en España fueran mucho más elevadas que en el resto de Europa, lo que impedía al país crecer en términos de población y, consecuentemente, económicos. De ahí que el Gobierno se decidiese a otorgar una subvención de 25.000 pesetas para la instalación y mantenimiento del nuevo dispensario en los presupuestos de 1907 —el presupuesto total se elevaba a 50.000 pesetas (Malo, 1912a: 153s)—, comprometiéndose a promover la colaboración de las corporaciones oficiales o particulares y estimular la iniciativa individual para que dicho establecimiento sanitario y todos los de su especie pudiesen cumplir adecuadamente sus funciones. La dirección de este centro recayó en el Dr. Espina y Capo (Codina, 1909: 23), que era vicepresidente de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis<sup>67</sup> cuando el dispensario abrió finalmente sus puertas, en diciembre de 1908 (Malo, 1912c: 191), en un edificio alquilado situado en el número 38 de la calle Tutor (Malo, 1912a: 156). Posteriormente, el centro se trasladó a un inmueble emplazado en el barrio de la Prosperidad, donado por la duquesa de Canalejas, esposa del político liberal<sup>68</sup> (Codina, 1909: 5 y 1916: 156, nota 1; Malo, 1912c: 59; Cortejarena, 1912: 5), encontrando su asiento definitivo en el distrito de Moncloa, en la calle de Fernando el Católico, esquina con Andrés Mellado (Sarriera, 1926: 7) (Fig. 28).

Un año antes de que el Real Dispensario Victoria Eugenia fuese una realidad, es decir, en 1907, se creó el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas<sup>69</sup>, que debía extender su acción tutelar a los establecimientos que ya existían «*en diversas capitales*» y a los que en sucesivo se estableciesen, con la intención de «*unificar los esfuerzos e iniciativas*». Presidido por la reina Victoria Eugenia, su principal cometido era la gestión de las ayudas estatales, trabajando en estrecha colaboración con asociaciones benéficas, juntas parroquiales y la Comisión

---

65 Real Decreto de 6-II-1906, en *Gaceta de Madrid*, 12-II-1906.

66 Fechado y publicado en la *Gaceta de Madrid* el 24-X-1906.

67 Real Orden de 20-I-1908, en *Gaceta de Madrid*, 24-I-1908.

68 El nuevo edificio, diseñado por Amós Salvador y levantado entre 1927 y 1928, es una preciada obra del racionalismo arquitectónico madrileño (Fernández Sanz, 1991: 48). Actualmente sigue desempeñando funciones sanitarias, adscrito al Servicio Madrileño de Salud.

69 Real Decreto de 27-XII-1907, en *Gaceta de Madrid*, 28-XII-1907.





FIG. 28.— Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, rebautizado a partir de la II República como dispensario de Universidad, por el nombre del distrito madrileño en el que se ubicaba. Foto: Benítez, 1945.

Permanente contra la Tuberculosis (Sanz *et al.*, 1999: 45), creada un año antes.

Hubo que esperar hasta 1908 para que se nombrase oficialmente a las 80 vocales del organismo, elegidas directamente por la reina Victoria Eugenia<sup>70</sup>. La mayor parte, 63, eran aristócratas, mientras que el resto eran las esposas o viudas de destacados prohombres, que en algunos casos habían sido o serían en el futuro ministros de la Gobernación —señoras de Maura, Dato,

Sánchez Guerra, Allendesalazar, González Besada, Bugallal y De la Cierva, y la viuda de Silvela—. Además, la reina María Cristina tenía garantizada la pertenencia a este Real Patronato en su condición de presidenta de la Real Junta de Damas del dispensario de Verdes Montenegro, al que, por otro lado, se le encomendó «*ejercer su Patronato y la alta inspección y tutela*» sobre los demás dispensarios que se estableciesen en Madrid.

También se integraría en el Real Patronato, en calidad de asesor técnico, el inspector general de Sanidad Interior, presidente, a su vez, de la sección de dispensarios e instituciones similares de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis. Por su parte, el inspector general de Sanidad Exterior, e igualmente miembro de la Comisión, se incorporaría a la Real Junta de Damas del dispensario de Verdes, junto a éste, también como asesor de carácter técnico.

Por otro lado, el Ministerio de la Gobernación conminó a los gobernadores civiles a promover en las capitales de provincia la creación de Juntas de Señoras en relación con la Comisión Permanente y su correspondiente junta provincial, procurando que formasen parte de ellas «*las señoras que por su inteligencia, profesión, espíritu caritativo y por su posición social signifiquen una garantía*». Estas Juntas también tendrían su correspondiente asesor técnico, que sería el director del dispensario de la ciudad, si lo hubiera, o en su defecto, el inspector provincial de Sanidad.

70 Real Decreto de 7-III-1908, en *Gaceta de Madrid*, 8-III-1908.

La principal misión del Real Patronato y de las Juntas de Señoras consistiría en

*«poner las altas dotes de caridad y de abnegación que tanto enaltecen a la mujer al servicio de la hermosa idea de previsión social y de amor al prójimo en que está inspirada la obra antituberculosa, a la cual han de coadyuvar; dirigiendo hacia los tuberculosos desvalidos las corrientes de la caridad; arbitrando recursos por cuantos medios les sugiera su celo; inspeccionando las instituciones creadas para ver si se cumplen los Reglamentos o disposiciones por que se rijan; practicando la visita domiciliaria de los enfermos auxiliados por el Patronato, no sólo para animarlos con tal muestra de interés, sino también para enterarse de las condiciones en que viven, a fin de que, discretamente, se adopten las necesarias medidas higiénicas contra el posible contagio de los demás individuos de la familia y de la casa.»*

En julio de ese mismo año se aprobaron los reglamentos orgánicos del *Real Patronato Central* y del *Real Patronato de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas de Madrid*, nueva denominación de la hasta entonces *Real Junta de Damas protectoras del Dispensario de Madrid*.

El primero de ellos fijaba una estructura compuesta por una junta central con residencia en Madrid, con sus correspondientes juntas provinciales<sup>71</sup> y locales en aquellos municipios en los que, sin ser capitales de provincia, existiesen instituciones antituberculosas. La junta central, además de la reina Victoria Eugenia en calidad de presidenta, estaría compuesta por una vicepresidenta, una secretaria general, una tesorera, una secretaria de actas y todas las vocales que la soberana estimase oportuno; inspector general de Sanidad Interior como asesor técnico.

A su vez, la junta central se dividiría en cuatro secciones: ingresos, propaganda, dispensarios y sanatorios. La primera tendría como misión la búsqueda de fondos para costear las instituciones antituberculosas, bien en forma de subvenciones públicas, bien como donativos particulares; la organización de fiestas benéficas, rifas, etc. La sección de propaganda, por su parte, se dedicaría a difundir *«conocimientos y prácticas antituberculosas y antialcohólicas en Escuelas, oficinas, fábricas y colectividades»*, por medio de conferencias, cartillas, e incluso concursos para premiar a los que mostrasen mayor celo en la campaña antituberculosa. Finalmente, las secciones de dispensarios y sanatorios, siempre de acuerdo con el asesor técnico, debería inspirar y facilitar la

---

71 En marzo de 1909, la junta auxiliar de señoras del Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis se transformó en una junta provincial del Real Patronato Central, en el marco de la absorción que se decretó del organismo antituberculoso catalán por parte de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis con sede en Madrid (Soley, 1910: 10).

instalación de estos centros sanitarios.

Por su parte, el reglamento del Real Patronato de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas de Madrid establecía disposiciones muy similares, convenientemente adaptadas a su ámbito de actuación. Su máximo órgano de decisión, la junta directiva, contaría con la presencia del inspector general de Sanidad Exterior y de los directores de los dispensarios, sanatorios y demás instituciones antituberculosas de la capital. Esta junta directiva también quedaría dividida en secciones, con los mismos criterios y atribuciones que las del Real Patronato Central, más una sección de visita domiciliaria. En cuanto a su composición, el patronato de Madrid estaba integrado, además de por la reina María Cristina, por 16 mujeres, en su mayor parte aristócratas, aunque también destaca la presencia de la esposa del ministro de la Gobernación en aquel momento, Juan de la Cierva (Urquijo, 2004); la de un ex ministro del ramo, Eduardo Dato (*Ibid.*); y la del director del primer dispensario madrileño, Verdes Montenegro.

A punto de finalizar 1908, y coincidiendo con la puesta en servicio del dispensario Victoria Eugenia, el dispensario de Verdes Montenegro se reinauguró en un edificio alquilado<sup>72</sup>, situado en el número 40 de la calle Goya<sup>73</sup> (Malo, 1912a: 157 y 1912c: 192), como centro oficialmente adscrito a la lucha antituberculosa oficial y con el nombre de Real Dispensario Antituberculoso María Cristina<sup>74</sup> (Figs. 29-30). Este cambio de titularidad se produjo a instancias del ministro de la Gobernación, en el marco de un plan para la implantación de nuevos centros de este tipo en Madrid<sup>75</sup>, uno en cada distrito (Espina, 1912c: 399). No obstante, la dirección del dispensario continuaría siendo desempeñada por Verdes, que contaba con un equipo de 19 médicos al frente de los diferentes servicios —entre ellos, galenos tan reputados como Cortezo, Fatás, Ortega Morejón, Pittaluga, Pulido, Sierra y Zafra, y Úbeda Sarachaga—, además de 18 agregados y una enfermera (Anónimo, 1909: 4).

---

72 El Real Patronato Antituberculoso de España acabó adquiriéndolo en 1928, por importe de 222.000 pesetas (RPADE, 1928: 26).

73 En la *Memoria* del Ayuntamiento de Madrid que se editó en 1929, en el apartado dedicado a las instituciones benéficas, se menciona que este dispensario se encontraba en el número 54 de la calle Goya. Desconocemos si esta discrepancia tiene que ver con un traslado o con un simple cambio en la numeración de la vía (Fernández Quintanilla, 1929: 133).

74 Orden de 30-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 3-X-1934.

75 *Ibid.*





FIG. 29.— Inauguración del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina (Madrid) con la presencia de Alfonso XIII y la reina Victoria Eugenia. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 20-X-2015).



FIG. 30.— Fachada del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina (Madrid), dirigido por J. Verdes Montenegro. Foto: Anónimo, 1909: s.p.



El reglamento orgánico común a todos los dispensarios de Madrid, esto es, el Victoria Eugenia, el María Cristina y cualesquiera otros que pudiesen instalarse en el futuro se aprobó en estos días<sup>76</sup>, dejaba claro que su público objetivo eran las «*clases pobres*» de la ciudad, complementado la atención puramente médica a las mismas con «*toda suerte de recursos*».

Según su articulado, los dispensarios se organizarían en torno a dos secciones: una médico-técnica, en la que se inscribirían médicos, farmacéuticos, veterinarios y estudiantes de dichas disciplinas; y otra «*de propaganda o eminentemente social*», reservada a «*todas las personas de ambos sexos, y sea cualquiera su clase social, que deseen cooperar con sus recursos, con sus consejos, sus conocimientos o su trabajo*».

La sección médico-técnica tendría al frente un director jefe, con un equipo de médicos consultores y médicos de visita a su cargo. El reglamento les obligaba a mantener un control estadístico de las asistencias, conforme a un modelo prescrito por la Comisión Permanente contra la Tuberculosis. También se indicaba que, en las consultas, debían repartirse los «*medios de propaganda*» y que, fuera del horario de atención al público, se podrían impartir «*conferencias de propaganda antituberculosa, invitando a los Profesores de instrucción primaria a que giren visitas con sus alumnos y dedicando a estas conferencias escolares*».

La función de los médicos de visita era anotar en un formulario especialmente diseñado para ello todos los datos de interés de las viviendas de los tuberculosos de su distrito —condiciones higiénicas, precio, número de habitantes, etc.—, que se tendrían que facilitar a las autoridades municipales para que actuara en consecuencia. Estos médicos también habrían de repartir cartillas, libros y otros medios de propaganda, y estarían en contacto con el Laboratorio Municipal para solicitar la desinfección de las viviendas que estimasen oportuno.

Por su parte, la sección de carácter social de los dispensarios tenía la obligación de permanecer en el centro en las horas de consulta «*para vigilar el cumplimiento de los preceptos de higiene*» y dar conversación a los pacientes, «*procurando que sea ésta conducente al objeto del Dispensario*». Además, se prescribían las siguientes tareas:

---

76 Fechados el 17-XII-1908 y publicados en la *Gaceta de Madrid* el 20-XII-1908.

*«Art. 28. Estas señoras y caballeros procurarán convencer a los asistentes de la necesidad de que no se haga uso de las donaciones del Dispensario sino por los verdaderamente necesitados, por la imposibilidad de extender estos recursos de una manera ilimitada y abusiva.*

*Art. 29. Procurarán inculcar a las clases pobres los hábitos de limpieza no reñidos con la pobreza, el abandono de los hábitos morbosos, alcoholismo y tabaco, así como el paseo al aire libre, la práctica del descanso en cada oficio y la afición a la lectura.*

*Art. 30. Si hubiera objetos ad hoc de uso higiénico, podrán hacer prácticas en la sala de espera, evitando de este modo conversaciones inútiles y tiempo perdido.»*

En efecto, 1908 fue un año especialmente significativo para la lucha antituberculosa en España, pues también se inauguró el segundo dispensario de Barcelona, ubicado en la Travesera de Gracia, número 11, en el barrio de Gracia, que en aquel momento sufría una gran morbilidad tuberculosa (García Luquero, 1950: 141). Como los dispensarios de Madrid, los de la capital catalana añadían a las funciones puramente médicas una de carácter benéfico-social, que se traducía en el reparto de alimentos y medicamentos (Xalabarder, 1910: 17).

Por su parte, el 8 de junio de 1909 se inauguró el tercero de los dispensarios de la capital madrileña, dedicado al Príncipe Alfonso y dirigido por José Codina Castellví (1909). El edificio se ubicaba en el número 6 del paseo Imperial (*Ibid.*, 1912: 10s), *«en el corazón del distrito más populoso de Madrid, en el distrito de la Latina»*, de extracción social obrera prácticamente en su totalidad. Su apertura se produjo con el equipo más indispensable, sin instalaciones de rayos X ni laboratorio de análisis, aunque sí se cuidó el aspecto propagandístico al inscribirse máximas higiénicas en las paredes (*Ibid.*, 1909: 23s). En 1912 se le añadiría un servicio de comedor para tuberculosos pobres, con capacidad para 36 personas (Codina, 1912: 11), que se vio obligado a cerrar por dificultades económicas y el mal estado de las instalaciones hacia 1928 (Sarriera, 1928: 8).

Muy pronto se puso de manifiesto que los Reales Patronatos no cumplían su labor adecuadamente, como denunció Malo de Poveda en calidad de visitador general de dispensarios e instituciones tuberculosas, cargo que le fue asignado en julio de 1909 (Molero, 1989aa: 260) y por el que recibía una gratificación de 5.000 pesetas al año (Malo, 1912b: 14s). En su memoria de octubre de 1910, es decir, poco más de un año después de asumir estas funciones, Malo ya tenía los suficientes



elementos de juicio como para poder criticarlos duramente, aunque poniendo cuidado en no acusar de su falta de efectividad a las señoras que los conformaban. Esa ineficacia se debía, sencillamente, a «*causas de muy distinta índole, y de que nadie en concreto es responsable*» (1912b: 8).

Pese a esta ausencia de culpables, Malo (1912b: 33) reconocía que las labores recogidas en los artículos 28 y 29 del reglamento del Real Patronato de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas de Madrid no se habían llevado a la práctica «*ni una vez siquiera*». Sin embargo, en otras cuestiones su «*entusiasmo*» era «*plausible, pero en ocasiones peligroso*», pues en ocasiones llegaban a invadir las competencias del personal médico (*Id.*, 1912c: 56). La labor de las señoras debía circunscribirse a las funciones que les eran propias, pues de lo contrario los dispensarios no podrían cumplir acertadamente su misión:

«*Si sentamos aquí que la misión de las Juntas de señoras de los Dispensarios debe extenderse a cuanto se relacione con recabar fondos o recursos materiales para el sostenimiento y mejora de esas instituciones [...], y a influir con la acción moral que tan bien sienta ejercer a las señoras, y tan necesaria es en instituciones como las de que se trata, [...] habremos de convenir en que siempre que las Juntas de señoras acometan trabajos o funciones que se salgan del marco que acabamos de trazar, no sólo incurrirán en el pecado de absorción peligrosa de funciones, si que también se expondrán, heroica, pero innecesariamente, a fracasos que deben temer*» (Malo, 1912c: 57).

Los médicos, por su parte, habían demostrado ser, «*en general, desdichados administradores*». Además, algunos dispensarios no remitían datos estadísticos a la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, a la que se debían y de la que dependían económicamente; sin embargo, sí los hacían llegar a la «*prensa política*» a modo de «*reclamo*» (Malo, 1912c: 55).

Para poner remedio a estas disfunciones, se produjeron dos modificaciones en la gestión de los dispensarios. En noviembre de 1910 se determinó que los tres dispensarios de Madrid estarían regidos por sendas juntas de patronato, al uso de lo que venía haciéndose en otras instituciones benéficas. Todas las juntas, presididas por las reinas Victoria Eugenia y María Cristina y la princesa Beatriz, quedaron integradas por señoras de la nobleza y damas distinguidas, como las esposas de Espina y Capo, Dato, Ortega y Munilla, García Prieto y Allendesalazar (Malo, 1912b: 9ss)<sup>77</sup>. Posteriormente, se relevó de la gestión administrativa de los dispensarios a los directores, dejando

---

77 No hemos podido localizar el Real Decreto citado por Malo de Poveda en la *Gaceta de Madrid*.

las tareas de índole económica a las juntas de patronato (*Ibid.*: 20)<sup>78</sup>, y se introdujeron cambios en el reglamento de los dispensarios para que el personal médico viese incrementada su autonomía (*Ibid.*: 30ss).

En estas fechas, el presupuesto más elevado entre los establecimientos antituberculosos correspondía al dispensario María Cristina, con 14.000 pesetas anuales, seguido por el Príncipe Alfonso, con 12.280 y el Victoria Eugenia, con 12.000 (Malo, 1912b: 14). Contrastan con estas cantidades las sumas asignadas a otros establecimientos de provincias. Así, la suma más abultada fuera de Madrid, 7.000 pesetas, se la llevaba el sanatorio de Tarrasa, en Barcelona. La ayuda máxima concedida en el caso de los dispensarios no pasaba de 5.000 pesetas por centro (*Ibid.*: 15s). Estas partidas fueron duramente criticadas por Codina Castellví (1916: 164ss), tanto por la insuficiencia de las destinadas a los dispensarios de Madrid —el gasto medio por paciente y día no sobrepasaba los cinco céntimos—, como por la desigualdad «*bochornosa*» entre los centros de la capital y los de provincias.

En años posteriores, esta desigualdad no variará, y la capital de España y su provincia serán siempre las receptoras de más de un 50% de los fondos oficiales —un total de 100.000 pesetas desde 1909 hasta los primeros años de la década de los 20—, por medio de la Comisión Permanente. Así, en el periodo 1917-1918, la provincia de Barcelona tiene que conformarse con 5.000 pesetas anuales para sostener los dos dispensarios de la capital y el sanatorio de Tarrasa, mientras que la asignación para un solo dispensario de Madrid asciende a 12.000 pesetas (Malo, 1919: 12s).

La actividad que se desarrolla en cada establecimiento es dispar, incluso recursos económicos similares, y cada centro ejerce su labor en función del criterio profesional de su director y de las iniciativas particulares de las juntas de patronato, e incluso del grado de entendimiento entre ambas partes. Un buen ejemplo de ello lo encontramos en los trabajos desempeñados por los tres dispensarios madrileños entre 1911 y 1912. Así, el Príncipe Alfonso es el único que cursa visitas domiciliarias a los enfermos (Malo, 1912c: 60) y, además, elabora estadísticas sistemáticas sobre sus condiciones de vida (Codina, 1916: 12s); además, mantiene una consulta de odontología y

---

78 En este caso, Malo de Poveda cita otro Real Decreto que tampoco hemos logrado localizar en la *Gaceta*.

entrega dinero en metálico (Malo, 1912c: 62s). Por su parte, el Victoria Eugenia se distingue por enviar en verano a algunos enfermos a balnearios y sanatorios de mar y montaña. Ambos coinciden, no obstante, en el reparto de alimentos, enseres, ropa, calzado, etc. a los pacientes, así como en la organización de fiestas y funciones benéficas para recaudar fondos. En cuanto al dispensario María Cristina, si bien había realizado un gran avance con la instalación de un hospital-sanatorio en el edificio de San José y Santa Adela en el barrio de Cuatro Caminos, sufría la falta de actividad de su junta de patronato a causa de «*la falta de inteligencia y, por ende, de armonía*» entre las señoras que lo integraban y el director del establecimiento, Verdes Montenegro (Malo, 1912c: 58ss).

En 1910, durante el paso de De la Cierva y Martín Salazar por el Ministerio de la Gobernación y la Inspección General de Sanidad Exterior, respectivamente, tuvo lugar un hito en la lucha antituberculosa española: por primera vez, el Estado asumía por iniciativa propia la gestión directa de dos establecimientos antituberculosos, esto es, con fondos y personal propio, sin mediar la Comisión Permanente ni ningún otro organismo de carácter benéfico. Así, los antiguos lazaretos de Oza, en La Coruña, y de Pedrosa, en Cantabria, reconvertidos en sanatorios infantiles<sup>79</sup>, se convertirán en todo un símbolo de la lucha antituberculosa y de la campaña de protección a la infancia que los poderes públicos llevaban a cabo para combatir la mortalidad infantil.

Al igual que el sanatorio de Tolosa Latour, el objetivo de los de Oza y Pedrosa era tratar a los niños enfermos de «*tuberculosis localizadas incipientes y no contagiosas que sólo requieren tratamiento higiénico*», así como a «*aquellos que, por su naturaleza enfermiza, por sus antecedentes hereditarios y por sus condiciones de depauperación orgánica, necesitan preservarse de la misma enfermedad mediante el tratamiento de la cura marítima*» –función preventorial–. La importancia de estos sanatorios, que también cumplen una misión pedagógica, pues los niños, además de recibir enseñanza reglada<sup>80</sup>, se benefician del contacto directo con la Naturaleza, tiene que ver con su capacidad para fortalecer los organismos de los que estaban obligados a convertirse en «*ciudadanos útiles por vigorosos e inteligentes*» (Malo, 1912c: 73).

79 Reglamento de los Sanatorios marítimos de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander) de 4-VII-1910, en *Gaceta de Madrid* de 7-VII-1910.

80 En la *Gaceta de Madrid* pueden encontrarse varias disposiciones relativas a la provisión de plazas de maestra en ambos sanatorios. Por ejemplo: 15-V-1919 y 4-VI-1922.

La preocupación del Estado por estos sanatorios contrasta con la cortedad de los fondos que distribuía la Comisión Permanente contra la Tuberculosis entre los distintos establecimientos que de un modo u otro dependían de ella. En este sentido, en 1917 se aprobó una resolución que dejaba exclusivamente en manos de las instituciones públicas o privadas la constitución de nuevas instituciones antituberculosas, oficializando una situación que ya se producía en la práctica. El Estado, a través de los recursos propios de la Comisión Permanente, se limitaba a sufragar parcialmente sus costes de explotación (Malo, 1919: 12), lo que en la práctica significa renunciar a plantear nuevos proyectos y a dejar que sean otros los que planifiquen la lucha contra la tuberculosis.

Así, el primer sanatorio antituberculoso popular de Madrid es fruto de una iniciativa completamente ajena a los órganos oficiales: la *Fiesta de la Flor* o *Día de la Tuberculosis*, una cuestación celebrada en las calles de la capital en mayo de 1913 para recaudar fondos con los que sufragar el proyecto. La construcción de un sanatorio antituberculoso para pobres en la sierra madrileña respondía a una antigua reclamación médico-social. En efecto, el secretario general de la Comisión Permanente Malo de Poveda, había hablado de la «*necesidad y urgencia*» de que Madrid contase con un sanatorio-hospital suburbano y un sanatorio «*permanente y gratuito*» en las proximidades de la Corte. Sin embargo, el médico reconocía que las limitaciones del presupuesto oficial impedían la realización de este proyecto (1912b: 35ss).

En este sentido, hay que subrayar el hecho de que la provincia de Barcelona ya contaba con una «*granja-sanatorio*» para tuberculosos en el paraje de Torrebonica, en el término municipal de Tarrasa, desde enero de 1911. Promovido por el Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis, que invirtió 365.000 pesetas en la instalación del edificio y la adquisición de los terrenos adyacentes, tenía capacidad para 120 camas. Esta cifra deja ciertamente en ridículo el presupuesto que la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, que en aquel momento sólo disponía de 100.000 pesetas para atender a las necesidades de todos los establecimientos antituberculosos de España (Malo, 1912b: 16s).

El *Día de la Tuberculosis* se saldó con un gran éxito en Madrid y, gracias al dinero recaudado, en mayo de 1916 pudo ponerse en marcha el sanatorio de Húmera o Bellas Vistas, en el término municipal de Pozuelo de Alarcón (Malo, 1919: 8; RPDLA, 1928: 25; Ruiloba, 2014: 18). Sin em-

bargo, pese a lo plausible de la iniciativa, las instalaciones dejaban mucho que desear:

«[...] un edificio viejo, recién restaurado, con pasillos estrechísimos, habitaciones reducidas, retretes en espacio inverosímil, sin suelos homogéneos e impermeables, sin mobiliario, sin instalaciones de luz ni de cocina, etc., etc.» (Codina, 1916: 160).

Con posterioridad, este centro fue cedido a las instituciones tuberculosas oficiales, pasando a denominarse Real Sanatorio de Nuestra Señora de las Mercedes<sup>81</sup>, y se acometieron diversas «*reformas parciales*» para «*corregir defectos en la instalación de servicios y saneamiento del subsuelo*» (Sarriera, 1926: 6s). También experimentó diversas ampliaciones (*Ibid.*, 1927: 7).

Probablemente, las deficientes condiciones del edificio y su equipamiento motivaron muy pronto la publicación de una Real Orden Circular<sup>82</sup> para evitar que se repitiesen situaciones de este tipo. Este texto determinaba la obligatoriedad de presentar ante el Gobernador Civil correspondiente, con carácter previo a la construcción de cualquier sanatorio, el proyecto de edificación y distribución de espacios y un croquis de su emplazamiento, así como el reglamento que lo regiría y su sistema de financiación, para su correspondiente análisis y, en su caso, aprobación por parte de las autoridades sanitarias. El Estado, por su parte, se comprometía a declarar estas instituciones de utilidad pública para facilitar la expropiación de terrenos o inmuebles en los que habrían de asentarse. También se contemplaba su calificación como obras de beneficencia particular, con los beneficios que ello comportaba, siempre que las estancias fuesen de carácter gratuito o de bajo coste. En 1928 se aprobaron nuevas instrucciones para la construcción o adaptación de sanatorios y residencias para tuberculosos, relativas a condiciones higiénicas del emplazamiento y de las propias instalaciones<sup>83</sup>.

En 1917 abrió sus puertas el segundo sanatorio para pobres de la provincia de Madrid, el Real Sanatorio Popular Antituberculoso Victoria Eugenia, situado en el monte de Valdelatas, en el término municipal de Fuencarral (Malo, 1919: 8). Sus instalaciones, con capacidad inicial para 40 personas (Molero, 1989a: 446), fueron experimentando sucesivas ampliaciones en los años del

---

81 Orden de 30-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 3-X-1934.

82 Fechada el 9-IX-1916, en *Gaceta de Madrid*, 12-IX-1916.

83 Real Orden de 1-VIII-1928, en *Gaceta de Madrid*, 3-VIII-1928.

Directorio Militar (Sarriera, 1926: 6; 1927: 6; 1928: 5), periodo durante el que, al igual que el sanatorio de Húmera, dependió directamente del Real Patronato Antituberculoso (RPADE, 1928: 27).

A pesar de lo limitado de los presupuestos que el Estado dedicaba a la lucha antituberculosa, a finales de la segunda década del siglo XX ya se habían establecido diversos dispensarios y sanatorios, además de otro tipo de obras antituberculosas, en algunas provincias. Entre mayo y junio de 1919, Malo de Poveda publicó en la revista *Nuestro Tiempo* (1919) un censo de todos los establecimientos operativos en 1918, acompañado de un plan para implantar una red de centros antituberculosos capaz de cubrir, al menor coste posible, todas las necesidades del país (Fig. 31).

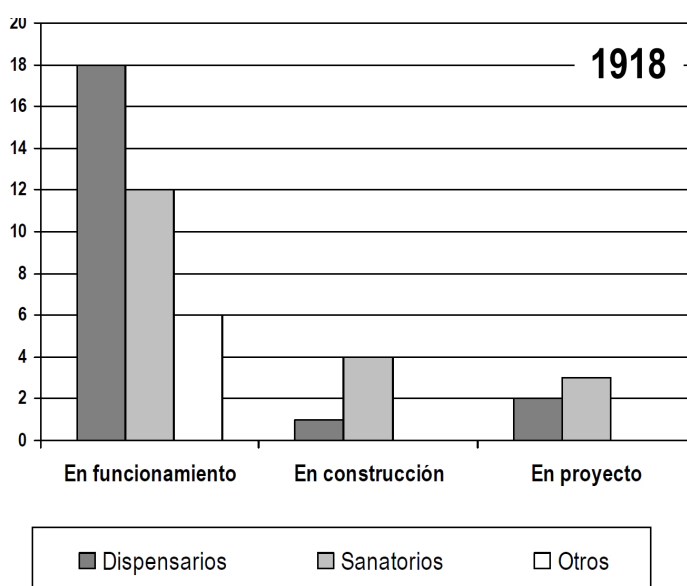
En total, el secretario general de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis contabilizó 18 dispensarios en funcionamiento, uno en construcción y otros dos en proyecto; así como 12 sanatorios en servi-

PROVINCIA	DISPENSARIOS			SANATORIOS			OTROS CENTROS
1918	FUNC.	CONS.	PROY.	FUNC.	CONS.	PROY.	
ALICANTE	1				1		1
ASTURIAS	1			1	1		
BADAJOS	1						
BALEARES	1						
BARCELONA	2			1			
CÁDIZ			1	2			
CANTABRIA	1			1			
LA CORUÑA	1			1			
GUADALAJARA							1
GUIPÚZCOA	1			1			1
HUELVA		1					
HUESCA						1	
MADRID	3			3		2	1
MURCIA	1				1		
SEGOVIA	1						
SEVILLA	1						
SORIA							1
VALENCIA	1			1			
VALLADOLID			1				1
VIZCAYA	1				1		
ZARAGOZA	1			1			
TOTALES	18	1	2	12	4	3	6

FUNC.: En funcionamiento

CONS.: En construcción

PROY.: En proyecto





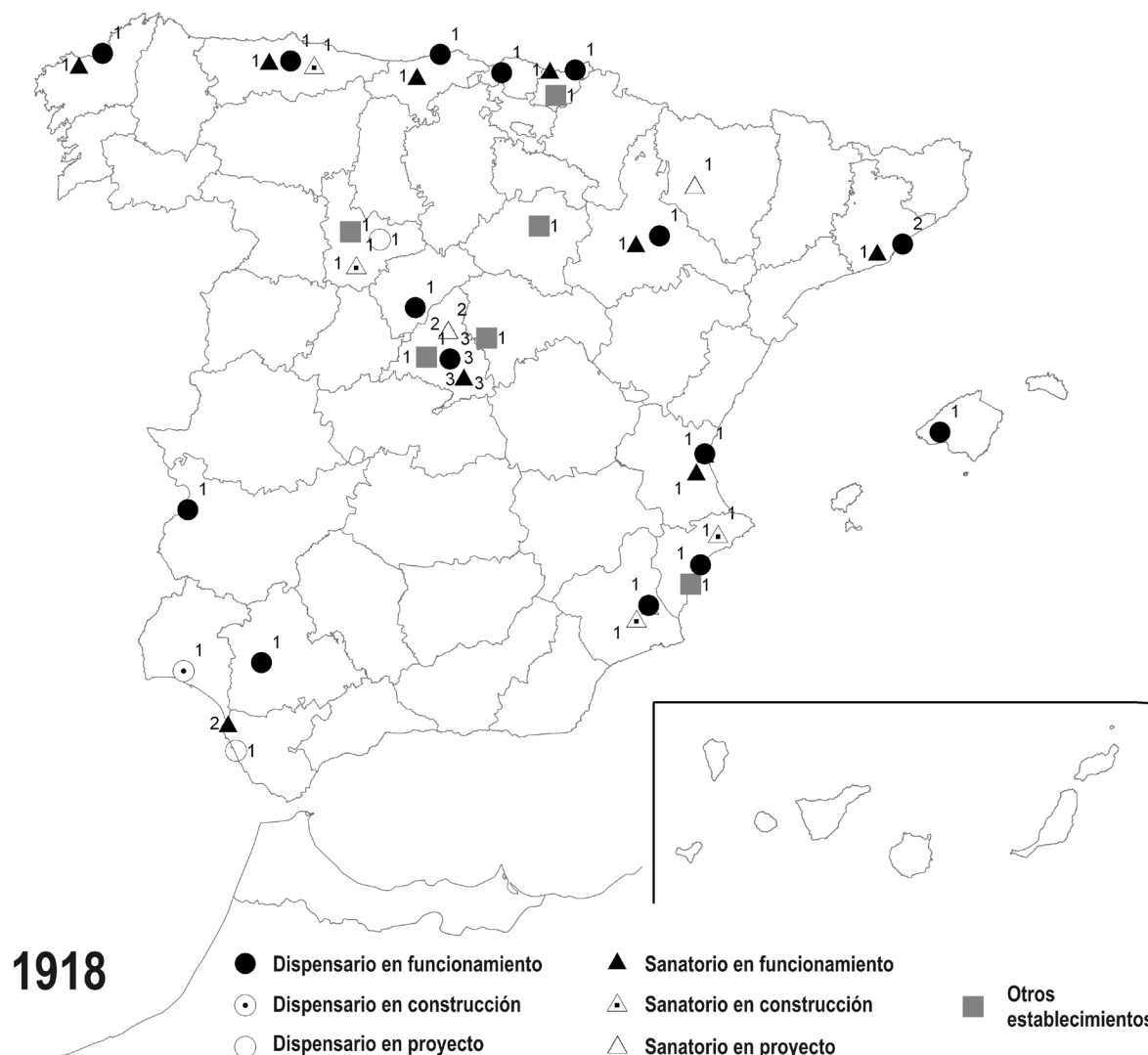


FIG. 31.— *Establecimientos antituberculosos de España en 1918. Tabla y gráfica en página anterior. Sobre datos de Malo de Poveda (1919: 11).*

cio, tres en construcción y tres en proyecto. A su juicio, estas cifras no cubrían ni remotamente la demanda de atención médico-social del gran contingente de población tuberculosa, cifrado en 180.000 personas, de las que en torno a un 72% eran pobres.

Según sus cálculos, España precisaba de un total de 84 dispensarios y 70 sanatorios, además de hospitales especiales para los incurables. Además, consideraba que debía ponerse en marcha toda una serie de instituciones complementarias encaminadas a proteger a las familias y a los niños: un sistema de socorros económicos, obra Grancher o colocación familiar de niños en el campo, colonias escolares, sanatorios infantiles, escuelas al aire libre. El coste de la implantación de

todo este aparato de lucha antituberculosa se elevaba a 116,2 millones de pesetas, a los que había que sumar otros 53,3 millones anuales en concepto de mantenimiento.

No se habían lanzado propuestas tan ambiciosas como éstas desde que, en 1908, el Dr. Moliner solicitara al Estado la suscripción de un crédito extraordinario de 100 millones de pesetas para sanidad y educación, lo que le costó la cátedra (VV.AA., 1914: 675; Molero, 1989a: 199). La gran diferencia estribaba en que, en esta ocasión, la propuesta provenía de uno de los más destacados responsables de la lucha antituberculosa oficial.

El propio Malo de Poveda era perfectamente consciente de que este modelo ideal era irrealizable. En este sentido, es importante reseñar que el plan no sólo vio la luz a través de la prensa, sino también en el primer Congreso Nacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1919. Esto invita a pensar que el secretario general de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis hizo pública su propuesta más con ánimo de justificarse ante sus colegas, especialmente si tenemos en cuenta las duras críticas que la pasividad y la ineficacia de la lucha oficial se había granjeado, que a la verdadera creencia de que pudiera salir adelante.

A pesar de que, en general, la lucha antituberculosa oficial vivía momentos convulsos, en estos años se produjo un hito tan significativo como positivo. Nos referimos a la puesta en marcha del *Servei d'Assistència dels Tuberculosos de Catalunya*, dirigido por Luis Sayé y financiado por la Mancomunidad de Cataluña. El servicio tenía su base en el dispensario de la calle Radas, en el distrito V de Barcelona (Figs. 32-34), el más castigado por la tuberculosis (Molero, 1989a: 297s). Fue uno de los primeros de España en incorporar enfermeras visitadoras y la vacuna BCG —desde 1924—, y el primer lugar fuera de Francia en el que se aplicó esta última de forma reglamentada (García Luquero, 1950: 138; Molero, 1989a: 298). Pero el dispensario de la calle Radas no se limitaba a desempeñar una función médico-asistencial; también consiguió convertirse en un centro de investigación y formación de referencia, que trabajaba en estrecha colaboración con otros organismos privados y municipales. Adicionalmente, disponía de 20 camas en una clínica para la realización de cirugías (Molero, 1989a: 298).

Sin embargo, los graves problemas de las instituciones antituberculosas no sólo persistían, sino que fueron agudizándose sin visos de resolución, hasta que el 4 de junio de 1924 el Direc-



FIG. 32.— Situación de los dispensarios antituberculosos de la Mancomunidad de Cataluña en Barcelona (Berenguer, 2011: 34, fig. 5.23).



FIG. 33.— Servei d'assistència social als Tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya en la calle Radas (Barcelona) (Berenguer, 2011: 34, fig. 5.23).

torio Militar de Primo Rivera decidió disolver la Comisión Permanente y sustituirla por el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España<sup>84</sup>.

En lo relativo a dispensarios, como punto de partida, la Dictadura dispuso que en toda población mayor de 10.000 habitantes y en cada distrito judicial de capital o de provincia se creara un dispensario a cargo del correspondiente municipio. Los dispensarios debían configurarse como centros de previsión social y de lucha contra la tuberculosis para los enfermos sin recursos. Asimismo, tenían que ejercer una función educativa, tanto en el aspecto clínico como en el de propaganda higiénica. También se contemplaba la creación de «*nuevos Centros de prevención tuberculosa, especiales para niños*», esto es, preventorios<sup>85</sup> para acoger a niños que presentasen una «*tara hereditaria tuberculosa*» o «*signos o lesiones incipientes fímicas*» por su convivencia con enfermos tuberculosos.



FIG. 34.— Luis Sayé (1888-1975). Foto: Díaz-Rubio (2003: 172).

En 1925, las autoridades sanitarias legislaron para que las diputaciones y los ayuntamientos sobrellevasen parte de la carga económica de la lucha antituberculosa oficial, como parte de una serie de obligaciones relativas a higiene y salud pública. De este modo, el Directorio Militar esperaba incrementar el número de instalaciones dedicadas a la lucha contra la tuberculosis sin que el Estado central tuviese que realizar desembolsos extraordinarios. Esta medida puede interpretarse, asimismo, en clave descentralizadora del aparato público antituberculoso, con vistas a que cada territorio, desde un mayor conocimiento de su realidad sanitaria particular, desplecase sus propios medios conforme a sus necesidades específicas.

84 Real Decreto de 4-VI-1924, en *Gaceta de Madrid*, 5-VI-1924.

85 La orientación de estos centros no era sólo médica, sino también pedagógica, ya que en ellos se daba continuidad a la educación de los niños (Linares, 1933: 138ss).



Por un lado, el Reglamento de Sanidad Municipal<sup>86</sup> introdujo una serie de obligaciones encaminadas a combatir las enfermedades infectocontagiosas con carácter general, así como una vaga indicación relativa a la puesta en marcha de «*organizaciones de higiene social contra el alcoholismo, la tuberculosis, la avariosis, etc.*».

El Reglamento de Sanidad Provincial<sup>87</sup> era, por su parte, bastante más preciso en sus instrucciones. En este sentido, la norma establecía que las diputaciones debían implantar «*consultorios públicos gratuitos*» para el diagnóstico precoz de los enfermos tuberculosos, la educación higiénica y la propaganda posible profiláctica, esto es, dispensarios. Estos centros se dedicarían, además, a la vigilancia sanitaria e investigación domiciliaria de los pacientes y de su entorno, con la ayuda de enfermeras visitadoras u otras personas «*de reconocido altruismo, debidamente preparadas en cuestiones de higiene antituberculosa*».

En cuanto a los sanatorios antituberculosos, su instalación quedaba reservada a aquellas diputaciones que pudiesen costearla, y se invitaba a las que no tuviesen esa capacidad a derivar a sus enfermos a otras provincias, con cargo a sus presupuestos. En este sentido, el Gobierno también animaba a las diputaciones a sumar esfuerzos para construir sanatorios regionales. Por otro lado, los hospitales provinciales quedaban obligados a habilitar pabellones o salas de aislamiento para tuberculosos avanzados.

Finalmente, las corporaciones provinciales también tendrían que costear el envío a colonias de verano de aquellos niños que, encontrándose a su cargo en las instituciones benéficas provinciales, se encontrasen enfermos o tuviesen predisposición a adquirir la tuberculosis.

Sin embargo, ayuntamientos y diputaciones no debieron de mostrar toda la diligencia que las autoridades sanitarias esperaban de ellas. Por eso, la Comisión Asesora Permanente del Real Patronato pidió que se tomasen una serie de medidas para que, cumpliéndose lo estipulado en los reglamentos, estas instituciones dejasen de estar «*al margen*» de la lucha antituberculosa. Por un lado, se amenazó a las diputaciones con negarles sus respectivos presupuestos si no aislaban de

---

86 Real Decreto de 9-II-1925, en *Gaceta de Madrid*, 17-II-1925.

87 Real Decreto de 20-X-1925, en *Gaceta de Madrid*, 24-X-1925.

forma efectiva a los enfermos de tuberculosis en los hospitales provinciales. Al mismo tiempo, la obligatoriedad de instalar dispensarios antituberculosos se hizo extensiva a los municipios de más de 10.000 habitantes, y se exigió tanto a las diputaciones como a los ayuntamientos con dicha población la creación de organismos de acogimiento para hijos de tuberculosas, colonias escolares, preventorios y cualesquiera otras instituciones que contribuyesen a fortalecer a la infancia<sup>88</sup>.

Por otro lado, la lucha antituberculosa oficial continuaba ampliando su red de centros antituberculosos. En algún caso de forma sobrevenida, como sucedió con el sanatorio de Tablada, ubicado en las proximidades del puerto y de la estación ferroviaria homónima, en la sierra de Guadarrama. El Estado, que lo había comprado en 1921 a la viuda del médico que ideó el proyecto, el Dr. Lago –fallecido antes de poder ver concluido su proyecto–, lo convirtió en 1924 en un sanatorio antituberculoso militar<sup>89</sup> (Ruiloba, 2014: 28), que se vio ampliado con un nuevo pabellón en 1927 (Murillo, 1927: 13; Horcada, 1928: 14). Por su parte, el Real Patronato puso en marcha su primer preventorio en 1926, en el entorno del municipio segoviano de San Rafael, en la sierra de Guadarrama. La misión de este centro, dedicado a la Infanta Isabel, era acoger colonias escolares (Sarriera, 1927: 9s y 38; Horcada, 1928: 26).

En 1927, el Real Patronato reiteró, a través de un nuevo reglamento<sup>90</sup> para los dispensarios –ya fuesen propios, de los ayuntamientos, de las diputaciones o particulares–, la necesidad de que desempeñasen una labor formativa y de investigación, mediante el estudio de la tisiología. También se recomendaba su emplazamiento en barrios obreros, donde la mortalidad fuese superior a la media, y que estuviesen dotados de laboratorio, sala de rayos X y locales para desinfección.

Además, el reglamento prescribía la instalación de un dispensario por cada 100 muertos por tuberculosis, y, por primera vez en la normativa antituberculosa española, distinguía entre dispensarios centrales o modelo y dispensarios auxiliares o de asistencia social. Los tratamientos ambulatorios se reservaban para los primeros, al disponer de servicios más amplios, mejores instalaciones, etc. En este sentido, se preveía que Madrid contase con diez dispensarios de asistencia

---

88 Real Orden Circular de 3-IX-1926, en *Gaceta de Madrid*, 4-IX-1926.

89 Durante la Segunda República funcionó como sanatorio femenino (Buendía, 2010: 281).

90 Real Orden de 19-V-1927, en *Gaceta de Madrid*, 20-V-1927.



social y que serían considerados centrales, en principio, los Reales Dispensarios María Cristina, Victoria Eugenia y Príncipe Alfonso.

La norma enumeraba, asimismo, las funciones de los dispensarios: diagnóstico y conocimiento de focos de contagio; prescribir tratamientos en función de los casos y del entorno familiar, para establecer medidas de aislamiento cuando fuese preciso; informarse del estado de salud de la familia, de la situación del hogar y de su economía; educación profiláctica e higiénica; auxilio material a las familias —camas, escupideras, desinfectantes, alimentos, etc.—; saneamiento del hogar por medio de la ayuda de centros de desinfección; y, por último, seguimiento del estado de salud de los enfermos a su salida de los centros de tratamiento. Estas funciones estaban limitadas por un determinado radio de acción asignado a cada dispensario, diseñado para conocer a fondo la situación sanitaria del vecindario. No obstante, se disponía que se creasen redes de información con las restantes instituciones benéficas del entorno para la elaboración de un censo de población tuberculosa en cada distrito.

También estaba prevista, en la medida de lo posible, la creación de dispensarios ambulantes para la divulgación y la educación, así como plazas de enfermeras visitadoras en los dispensarios auxiliares. Pero, de igual modo, se aclaraba que aquellos dispensarios que no contasen con el personal necesario o con los recursos económicos suficientes, tendrían que acomodar su funcionamiento a las circunstancias.

Por último, el reglamento convertía a los dispensarios en centros de reconocimiento previo para el ingreso en sanatorios u otros centros de similares características dependientes del Real Patronato. Con este procedimiento, la posibilidad de conseguir plaza en un establecimiento sanatorial quedaba legalmente condicionada a la prescripción de un dispensario.

La lucha antituberculosa continuaba creciendo más allá del Real Patronato. Hay que recordar que, desde 1910, el Estado sostenía directamente los sanatorios marítimos de Oza y Pedrosa, a los que más tarde se sumó el de la Malvarrosa, en Valencia. A finales de la década de los 20, también había planes para construir otro sanatorio a expensas del Estado en el Mediterráneo, en una playa cedida al Estado por la Diputación de Tarragona, y en el municipio madrileño de Guadarrama. Por su parte, aunque no dependían de la sanidad oficial, también recibían subvenciones públicas los

sanatorios marítimos de Chipiona, Torremolinos y Águilas, y otros tantos en diferentes puntos del interior de la Península (Murillo, 1927: 14; Horcada, 1928: 14-15). Además, la práctica totalidad de las provincias organizaban colonias escolares durante el verano, y hasta alguna estancia de similares características para jóvenes obreras (Murillo, 1927: 34).

Asimismo, por iniciativa de Francisco Murillo, director general de Sanidad entre 1923 y 1928, se creó la figura de la ‘Enfermería Victoria Eugenia’, cuya misión era acoger a los tuberculosos incurables, evitando que estos se convirtiesen en un foco de contagio. Estos hospitales se basaban en un modelo de colaboración entre el Estado y otras instituciones, ya fuesen públicas o privadas. Así, el primero se comprometía a cubrir el 50% de los gastos de construcción y mantenimiento de cada centro, siempre y cuando otra institución aportase la otra mitad. En 1927 el Estado consignó una partida de 900.000 pesetas para ello, logrando que se instalase una enfermería de este tipo en el recinto del madrileño Hospital del Rey, de titularidad estatal –inaugurado en 1925, este centro para infecciosos fue incorporando nuevos espacios para tuberculosos en los años siguientes (Ruiloba, 2014: 22ss)–, y otras dos en la localidad toledana de Mora y en Vitoria. El modelo experimentó cierto éxito, pues en 1928 ya se construían nuevas enfermerías en Sabadell, Alcoy, Villanueva de la Serena, Huelva, Éibar y Bilbao, y se proyectaban otras en Sevilla, Barcelona –la única que promovía una sociedad obrera, La Alianza–, Talavera de la Reina y Pamplona (Horcada, 1928: 18ss).

En total, España contaba en 1927 con 33 dispensarios y 23 sanatorios operativos, y existían proyectos para construir dos dispensarios y dos sanatorios más. También se encontraban en ejecución las obras de otros cuatro sanatorios (RPADE, 1928: 40) (Fig. 35).

Precisamente este año inició su actividad en Madrid el cuarto dispensario de la capital de la mano del Dr. Tomás de Benito Landa. Aunque inicialmente no contaba con ningún tipo de auxilio oficial, pronto comenzó a recibir lo que el médico consideró «una ayuda insignificante» del Real Patronato y del Estado. El establecimiento, denominado Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la Tuberculosis Amparo Landa, se ubicaba en el número 18 de la calle Almansa, en el barrio de Cuatro Caminos. La creación del dispensario fue consecuencia de una campaña desarrollada en la prensa por dicho médico, quien consideraba, como veremos con mayor profundidad en el capítulo dedicado a la comunicación social durante el periodo, que hasta la fecha no se había

llevado a cabo en España una acción sociosanitaria basada en «*los cauces y normas científicos que sobre lucha antituberculosa imperaban por aquellos días en los pueblos más cultos*». En este sentido, la labor sanitaria del centro, que atendía indistintamente a personas de toda condición económica, se complementaba con un plan de investigación en el domicilio de los pacientes, que corría a cargo de enfermas visitadoras, y un programa de charlas escolares (De Benito, 1930: 10ss).

A finales de 1928, el Dr. Verdes Montenegro, que unos meses antes había renunciado a todos los cargos y ocupaciones que tenía en el Real Patronato por serias desavenencias con las autoridades sanitarias (Molero, 1989a: 337), volvía a poner en marcha un dispensario, como hiciera 27 años antes, por su exclusiva iniciativa. La apertura del Instituto Antituberculoso de las Peñuelas, en el número 19 de la calle homónima, en el distrito de Arganzuela –en aquella época llamado de la Inclusa, el más castigado por la tuberculosis de todo Madrid (Palao, 2009: 5)–, fue posible gracias al empeño personal de Verdes y a la generosidad de varios donantes (Fig. 36). A pesar de las disensiones pasadas, Verdes contó también con el decisivo

PROVINCIA	DISPENSARIOS			SANATORIOS			OTROS CENTROS
1927	FUNC.	CONS.	PROY.	FUNC.	CONS.	PROY.	
ÁLAVA	1						1
ALBACETE			1				
ALICANTE	1						
ASTURIAS				1			
BALEARES	1						
BARCELONA	3			3			1
BURGOS	1						
CÁDIZ	1			2		1	
CANARIAS	1			1			
CANTABRIA	1			2			
CÓRDOBA			1				
LA CORUÑA	1			1	1		
GERONA	1						
GRANADA	2			2			2
GUADALAJARA					1		
GUIPÚZCOA	2			1			
HUELVA	1					1	
MADRID	4			5			2
MÁLAGA	1						
MURCIA	1				1		
NAVARRA							1
PONTEVEDRA	2				1		
SEGOVIA	1						
SEVILLA	1			1			
SORIA	1						
TARRAGONA	1						
VALENCIA	1			1			
VALLADOLID	1						1
VIZCAYA	1			1			
ZAMORA				1			
ZARAGOZA	1			1			1
TOTALES	33	0	2	23	4	2	9

FUNC.: En funcionamiento

CONS.: En construcción

PROY.: En proyecto

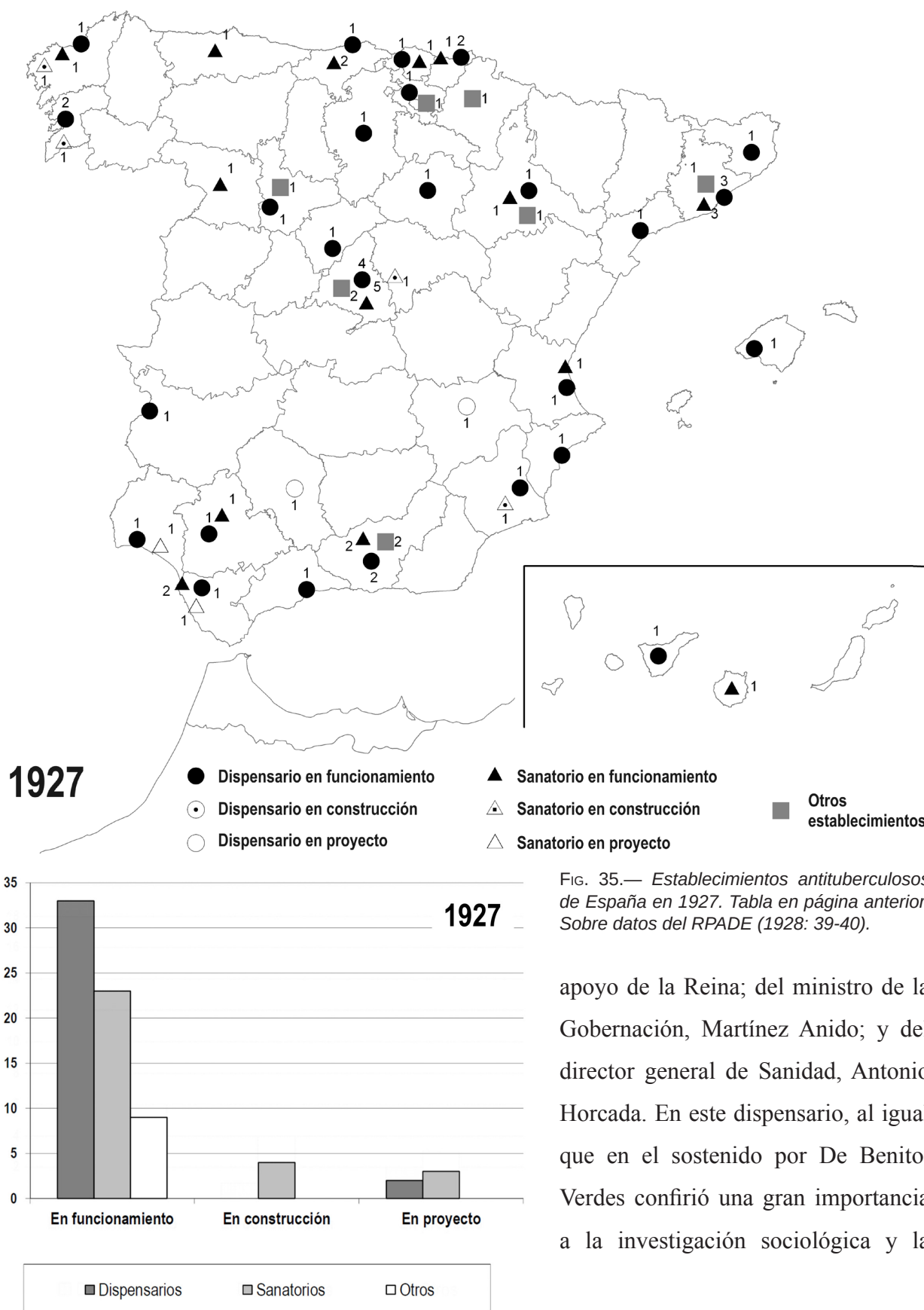


FIG. 35.— Establecimientos antituberculosos de España en 1927. Tabla en página anterior. Sobre datos del RPADE (1928: 39-40).

apoyo de la Reina; del ministro de la Gobernación, Martínez Anido; y del director general de Sanidad, Antonio Horcada. En este dispensario, al igual que en el sostenido por De Benito, Verdes confirió una gran importancia a la investigación sociológica y la



educación antituberculosa<sup>91</sup>.

Cuando terminaba la década de los 20, el Real Patronato contra la Tuberculosis había conseguido ver incrementada en 50.000 pesetas la partida que el Estado le asignaba, situándose en una cifra inédita hasta la fecha: 300.000 pesetas. Asimismo, la dotación de centros de tratamiento antituberculoso volvió a incrementarse, de modo que en diferentes puntos del país se distribuían 39 dispensarios y 26 sanatorios (Serrano, 1992: 33).



FIG. 36.— Instituto Antituberculoso de Peñuelas (Madrid, 1930) en el día de de su inauguración. F.H.: “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas”, *España Médica*, 1-XII-1930, p. 25.

91 Anónimo: “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas”, *España Médica*, nº 551, 1-XI-1928, p. 4; Romano, J.: “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas. (Una interesante información de NUEVO MUNDO)”, *España Médica*, nº 568, 15-VII-1929, pp. 16-18.

## COMUNICACIÓN SOCIAL: PRENSA, PROPAGANDA, DIVULGACIÓN Y DEBATE PÚBLICO DURANTE LA RESTAURACIÓN Y LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA

### *PRENSA ESPECIALIZADA*

La primera revista especializada en tuberculosis de España fue *Contra la Tisi. Nota mensual endressada a popularizar los coneixements contra la tuberculosis*, que apareció en Barcelona en abril de 1903. Estaba dirigida por Agustí Bassols i Prim, colaborador habitual de la *Gaceta médica catalana*<sup>92</sup>, dirigía Rafael Rodríguez Méndez, catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona y uno de los iniciadores de la lucha antituberculosa en la capital catalana. Su objetivo era dar a conocer lo que el movimiento antituberculoso estaba realizando en el resto del mundo, especialmente en el plano organizativo (Molero, 1989a: 212).

Tras su desaparición en 1905, reaparecería en 1910 como *Contra la Tisis. Revista mensual de conocimientos médicos*, dirigida por Claudi Bassols i Iglesias, hijo del fundador. Dejó de publicarse en 1917 (López y Terrada, 1990: 75; Cassasas, 1999: 108), aunque algún autor ha considerado la revista *Infantia nostra* como su continuadora desde 1922 (Cassasas, 1999: 108). Esta evolución parece lógica si tenemos en cuenta las múltiples concomitancias entre lucha antituberculosa y lucha contra la mortalidad infantil. En este periodo se publican también los *Archivos españoles de tisiología* en Barcelona, aunque tan sólo por tres años, entre 1919 y 1922 (López y Terrada, 1990: 43).

Sin embargo, fue la valenciana *Revista de Higiene y Tuberculosis* la que sin duda ejerció el papel más destacado, y que Barona (2007) se ha encargado de analizar en profundidad. Durante toda la trayectoria de la revista, cuyo primer número vio la luz en 1905, su director y principal redactor fue el Dr. José Chabás Bordehore, colaborador de Francisco Moliner en el sanatorio de Porta Coeli (Molero, 1989a: 204).

Hasta 1907 se publicó como *La Salud Pública. Revista de Higiene y Tuberculosis*. Durante

---

92 Esta revista también se publicó en Barcelona, entre los años 1878 y 1921 (López y Terrada, 1990: 88).



este periodo fue codirector José Juan Dómine, que también fue colaborador directo de Moliner. En 1908 se transformó en la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, título que conservaría hasta que dejó de publicarse, en 1936.

En ella colaboraron de forma habitual grandes figuras de la medicina, como Jaime Ferrán, Tolosa Latour, Ángel Pulido, Luis Comenge, Rafael Rodríguez Méndez, Martínez Vargas y Verdes Montenegro.

Desde las páginas de la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, Chabás defendió una interpretación especialmente social de la tuberculosis, pues, a su juicio, los factores de esta naturaleza influían decisivamente en la enfermedad. En este sentido, la publicación no se limitó a los enfoques médico-científicos, sino que también se propuso realizar una labor de vulgarización y divulgación. Además, Chabás utilizó la revista para atacar el modelo de lucha antituberculosa que se había implantado en España, pues no aprobaba que se depositara en manos de la filantropía una organización sanitaria de semejante importancia.

Fueron objeto de atención preferente cuestiones directa o indirectamente relacionadas con la tuberculosis, como la estadística sanitaria, la mortalidad infantil, la actividad congresual, los organismos sanitarios internacionales, la lucha contra la enfermedad en otros países, la vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán –de la que Chabás era firme partidario– o el amplio catálogo del ideario higienista, entre otras (Figs. 37 y 38).

#### *PROPAGANDA Y DIVULGACIÓN*

##### *Cartillas*

Las cartillas o instrucciones antituberculosas son publicaciones generalmente muy breves y de pequeño formato destinados a popularizar el conocimiento de la tuberculosis y prevenir su contagio. La mayor parte de estas cartillas se publicó durante la Restauración y la Dictadura de Primo de Rivera, aunque tenemos noticia de una editada en 1933 por Garrido-Lestache. Normalmente responden a la iniciativa de un médico, pero en ocasiones los editan los ayuntamientos (Ayuntamiento de San Sebastián, c.1902; Ayuntamiento de Piedrahíta, 1904). Hubo casos especiales,

como el de un tuberculoso que, habiendo logrado recuperar la salud, quiso compartir su experiencia para salvar a otros (Gil, 1926). Esta capacidad del enfermo para convertirse en apóstol de la higiene es muy apreciada (Darder-Rodés y Seix, 1919: 13).

La estructura más habitual responde a una introducción dedicada al origen de la enfermedad, seguida de una relación de todos aquellos factores que debilitan el organismo y, en consecuencia, predisponen a contraerla. Hay factores que provienen del exterior y otros que forman parte de la propia naturaleza de cada individuo, ya que son hereditarios. En este último caso, nos referimos a lo que se conocía como debilidad congénita, y que se heredaba de padres tuberculosos, alcohólicos o sifilíticos; de hecho, se llegó a creer que los efectos del alcoholismo se transmitían hasta tres generaciones (Pesado, 1916: 28). Algunos, incluso, proponían prohibir el matrimonio entre sifilíticos, alcohólicos y predispuestos o enfermos tuberculosos por «*conciencia, humanidad e higiene*» (Ferrand, 1910: 14).



FIG. 37.— José Chabás Bordehore (Barona, 2007, 86)

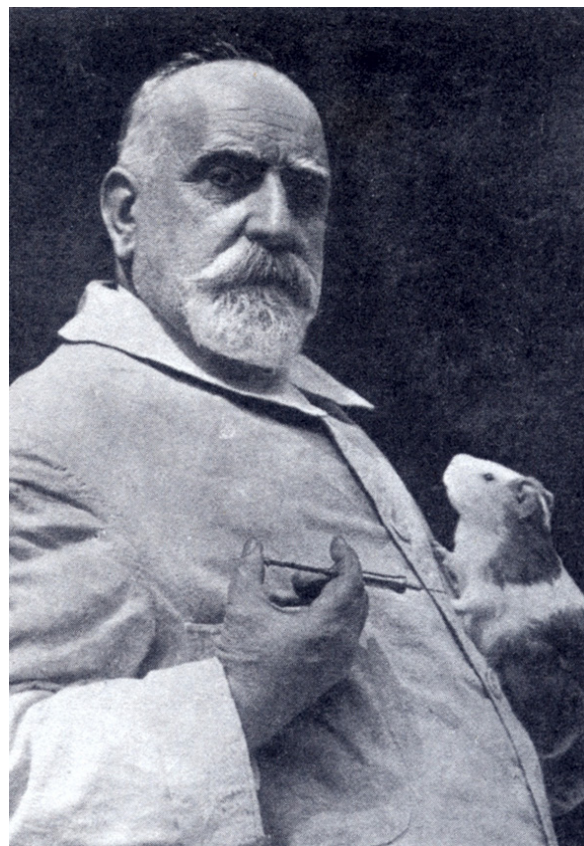


FIG. 38.— Jaime Ferrán y Clua (1852-1929) (Fernández, 2001: 222).

En cuanto a los factores externos, hay una larga lista de causas: una alimentación escasa o inconveniente, las enfermedades venéreas, las viviendas y los lugares de trabajo insalubres, la duración excesiva de las jornadas laborales, las profesiones que dañan el sistema respiratorio, la falta de higiene personal, el no disponer de agua potable, la prostitución, el tabaco, la leche de animales tuberculosos... Se desaconseja incluso el deporte, el baile y la participación en romerías, pues son actividades agotadoras (Valdés, 1923: 18). Pero el peor de todos es sin duda el alcohol, un «verdadero azote, verdadera plaga social» que «*tiende de modo muy directo a la degeneración de la raza*» (Pesado, 1916: 14). Además de causar muchos casos de tuberculosis, el alcohol «*crea hombres idiotas, locos y presidiarios*» (Sugrañes, 1911: 14s).

Las cartillas recomiendan, en definitiva, un estilo de vida ordenado y orientado a evitar todo debilitamiento orgánico, de modo que la semilla, es decir, el bacilo de Koch, no arraigue en el terreno, esto es, el cuerpo humano (Costa, 1912: 14). De este modo no sólo se beneficia cada individuo, sino toda la sociedad. La negligencia personal acaba en un perjuicio a la colectividad (Ayuntamiento de Piedrahíta, 1904: 13).

En este sentido, los autores declaran la guerra a la taberna, pues en ella confluyen todos los vicios higiénicos y morales que son el origen de las estrecheces del obrero:

«El día que desaparezca la taberna, la humanidad habrá dado un avance serio, en el camino de la higiene, de la decencia y de la cultura» (Valdés, 1923: 13).

Por lo tanto, todo trabajador debe dedicar su jornal a «*sana y nutritiva alimentación*», en lugar de malgastarlo «*en fumar, en beber y en otros vicios o gastos superfluos*», pues de esa actitud depende su salud y la de su familia (Ferrand, 1910: 14).

Las cartillas también aconsejan seguir pautas elementales de higiene personal, como lavarse la boca o las manos, asearse diariamente, descansar debidamente, hacer ejercicio suave y pasar el mayor tiempo posible al aire libre. La higiene del hogar es igualmente importante. En ella, es de vital importancia evitar las moscas, pues son excelentes transmisoras de enfermedades (Valdés, 1923: 10).



Normalmente, las cartillas terminan con una serie de consejos para los enfermos, encaminados a evitar que contagien a los demás. Destaca la prohibición de escupir en el suelo —«*un verdadero crimen*» (Valdés, 1923: 9)— o barrer en seco, pues la escoba disemina con gran facilidad los bacilos del esputo. Asimismo, entre otras medidas, se recomienda que duerman solos y utilicen su propia vajilla, que hagan cura de reposo y que no se sometan a situaciones que puedan alterarles.

Aunque es evidente que sus autores, normalmente médicos, las escribieron con intención de llegar al mayor número de lectores posible —algunas incluían una advertencia en la que se pedía la máxima circulación del ejemplar (Ferrand, 1910)—, el tipo de lenguaje utilizado en las cartillas, incluso en las que están destinadas a un público infantil, nos parece generalmente poco didáctico, plagado de tecnicismos y, lo que es más importante, falto de la sencillez que sería deseable en una obra de divulgación. Esto nos hace pensar en unos efectos muy limitados, máxime si tenemos en cuenta los elevados índices de analfabetismo en España durante el periodo de referencia (Molero, 2012: 63). En este sentido, se echan de menos más ilustraciones, aunque hay algunas excepciones (Fig. 39).



FIG. 39.— *El hombre sano y el hombre tísico, según Sugrañes (1911).*

### *Manuales escolares*

En el periodo que nos ocupa se publicaron dos manuales escolares para alumnos de primera y segunda enseñanza, que fueron realizados por dos grandes publicistas de la lucha antituberculosa en España, Antonio Espina y Capo (1905) y Bernabé Malo de Poveda (1912h). Los dos tienen en común un lenguaje poco apropiado para niños, especialmente para los de menor edad. En este sentido, no existen diferencias entre estos textos y los de carácter divulgativo para adultos.

Asimismo, ambos disponen de una estructura similar a la de las cartillas e idénticos contenidos, además de consideraciones relacionadas con los niños, como la gimnasia y la higiene escolar.

### *Conferencias*

Las conferencias antituberculosas fueron consideradas una de las herramientas más apropiadas para concienciar a la población sobre los peligros de la enfermedad y la necesidad de combatirla social e individualmente. En los primeros años de la segunda década del siglo XX, Antonio Espina y Capo cifraba en «*cerca de mil*» las conferencias impartidas desde que se había iniciado la lucha antituberculosa en España (1912a: X).

Nos ha llegado testimonio directo de muchas de ellas gracias a su publicación posterior, íntegra o extractada, en todo tipo de opúsculos, folletos, etc., lo que nos permite analizar en profundidad el discurso antituberculoso, tan rico en matices. También nos han llegado de forma indirecta, al hacerse eco de dichas conferencias la prensa periódica u otras publicaciones de la órbita antituberculosa.

Las conferencias antituberculosas no tenían un único público objetivo. Muchas veces se dirigían a los obreros, a los que se suponía más ignorantes, para hacerles comprender la dimensión del peligro que suponía la tuberculosis e inculcarles hábitos y conductas de carácter higiénico, con arreglo a los estándares burgueses. Otras veces el destinatario era el otro extremo del orden social, porque, a pesar de su mayor preparación intelectual, en muchas ocasiones no era consciente de que la tuberculosis amenazaba su salud y su hacienda, la riqueza nacional y la calidad de la raza.

En ambos casos se buscaba ganar adeptos para la causa antituberculosa, integrar al auditorio en un movimiento cuyo éxito dependía del apoyo de todos los elementos de la sociedad. Ese apoyo no sólo debía traducirse en una toma de conciencia o en un ramillete de principios básicos de higiene; también tenía que inducir a la movilización, al proselitismo y al altruismo, especialmente de las clases adineradas. No olvidemos que la lucha antituberculosa es, desde sus orígenes, una obra benéfica.

A continuación realizamos un somero análisis de las más destacadas:

► Luis Fatás: *Defensa contra la tuberculosis* (1904)

Esta conferencia tuvo lugar en el Circulo Democrático de Madrid el 3 de diciembre de 1904, cuando su autor era miembro de la Asociación Antituberculosa Española.

El discurso se inicia con un recurso ampliamente empleado en la propaganda antituberculosa, que consiste en poner precio a la vida humana y, de ese modo, calcular las pérdidas económicas que la tuberculosis causa a un país determinado. En el caso de España, la muerte de unos 50.000 tuberculosos se podía cifrar en 33 millones de pesetas anuales.

Tras explicar en qué consiste la enfermedad, qué la ocasiona, cómo se contagia, etc., Fatás abogaba por declarar la «*guerra al esputo*», otra de las constantes en la campaña antituberculosa:

*«no extrañaréis que los médicos reclamemos que en España se dicten disposiciones que lo impidan con penas severas, y que en vez de la sencilla solicitud de “se ruega no escupir en el suelo” que vemos en los coches, tranvías y algunas oficinas y Centros oficiales, se impongan penas duras y efectivas [...]: esto es lo que se hace en casi todas las naciones de Europa y América».*

También expone datos estadísticos que demuestran cómo se ceba la tuberculosis en los pobres, es decir, en las viviendas y barrios insalubres, tanto en España como en otros países.

Acto seguido, facilita una serie de preceptos higiénicos para que el organismo no se debilite, facilitando el contagio, que son, en esencia, los habituales en cualquier cartilla antituberculosa: la búsqueda del aire puro, el rechazo del alcohol y de la prostitución, la vivienda salubre, etc. Sin embargo, el conferenciante es consciente de que la tuberculosis constituye un verdadero «*problema*



*social*» porque el pobre no dispone de los recursos necesarios para llevar una vida higiénica, y por eso propone que, como en otros países europeos, se pongan en marcha sistemas de previsión con los que financiar una red de centros sanitarios antituberculosos. Esto es especialmente importante para conjurar el peligro de un levantamiento proletario:

*«nuestros Gobiernos debieran apresurarse a legislar en tal sentido, sin esperar a que las clases obreras, en su creciente, evolución al régimen socialista, **exijan e impongan** lo que es de justicia y de humanidad concederles: la defensa de la vida y de la salud».*

No obstante, Fatás no rechaza la caridad, pues *«en los corazones españoles es inagotable»*, aunque si no produce los efectos deseados es porque *«está mal regulada, mal distribuida»*.

► Bernabé Malo de Poveda: *Misión de la mujer en la lucha contra la tuberculosis* (1908)

Uno de los auditorios más deseados por los publicistas antituberculosos fueron los femeninos, pues la mujer era considerada el puntal sobre el que descansaba el futuro de la sociedad. A este principio básico responde la conferencia que Malo de Poveda dio en el Centro Regional Manchego de Madrid el 22 de febrero de 1908. En efecto, Malo deseaba transmitir a las presentes que las madres tenían una gran responsabilidad en la crianza de hijos sanos y robustos, de buenos ciudadanos, y los esfuerzos educadores tenían que dirigirse con predilección hacia ellas. Además, no había que perder de vista el hecho de que, por lo general, la mujer sufría la incultura en mayor grado que el hombre:

*«Cada madre, al criar una hija, debe pensar que cría una madre de ciudadanos fuertes y robustos, que son los verdaderamente útiles a la nación y a la raza, y pensando esto [...] se cuidará mucho de trapos y moños, cuidándose más [...] de la verdadera cultura femenina. ¿Qué ha sabido la mujer española? Rezar y amar».*

Si se conseguía salvar la ignorancia en cuestiones de salud en la que habitualmente vivían, las mujeres podían convertirse en el mejor garante de un hogar higiénico:

«Queda, pues, sentado, en detrimento de los hombres, que sois mucho más necesarias las mujeres para mejorar la raza; que de vosotras depende su porvenir y el de la nación, y por lo que atañe a la lucha antituberculosa, sois vosotras las que tenéis que realizarla, porque de lo contrario será baldía, estéril».

Por eso, las mujeres no debían casarse sin la necesaria preparación higiénica, pues de lo contrario no estarían facultadas para ejercer su supremo destino:

«Así como [...] no permitiría a nadie casarse sin previo reconocimiento facultativo<sup>93</sup>, tampoco permitiría a ninguna mujer que contrajera matrimonio sin antes examinarse de higiene, como hoy se le examina de Doctrina cristiana».

► Ángel Pulido: *La tuberculosis y su profilaxia social* (1916).

Esta conferencia se celebró en Madrid el 5 de junio de 1916, en la sede del Instituto Nacional de Previsión, con motivo de la celebración de la *Fiesta de la Flor*. Su publicación se realizó dentro de la Biblioteca Pro Infantia, una colección editada por el propio INP para difundir cuestiones sobre la salud y el bienestar de los niños.

El autor aseguraba que su discurso es prácticamente improvisado, «sin pretensiones oratorias». Sólo está interesado en transmitir «ideas sencillas, fundamentales» sobre la tuberculosis. Sin embargo, es una conferencia larga, rica en datos y consideraciones de la más diversa índole. Con ella, Pulido aspiraba a ofrecer una visión integral de la lucha antituberculosa, que incluyera su origen y desarrollo en España y otros países, sus rasgos y orientaciones esenciales, su relación con otros movimientos...

La conferencia se inicia con una afirmación escalofriante: la tuberculosis era la enfermedad más mortífera del mundo. Aunque, según las estadísticas oficiales, España sufría una gran mortalidad —entre 31.000 y 37.000 bajas anuales en el periodo 1900-1910—, países mucho más avanzados desde el punto de vista higiénico y sanitario, como Dinamarca, sufrían tasas más elevadas. Una

---

93 Malo de Poveda abogó durante toda su vida por prohibir los matrimonios entre tuberculosos, pues daban como resultado, en el mejor de los casos, una descendencia débil y enfermiza. Véase, por ejemplo, Malo, 1912i, 1912j y 1913.

posible explicación para este fenómeno podía ser la falta de fiabilidad de la estadística sanitaria. Así, Pulido calculaba que, en realidad, las muertes por tuberculosis podían elevarse a 40.000 o 50.000 al año.

La principal causa de la tuberculosis era la miseria, que determinaba *«la formación de terrenos adecuados para su desarrollo»*. Sin embargo, ninguna clase social podía escapar a sus garras, lo que revelaba el *«carácter democrático»* de la enfermedad. En este sentido, la ignorancia o el puro desprecio a la ciencia, un fenómeno interclasista, desempeñaba un papel fundamental.

Lo que convertía a la tuberculosis en una enfermedad temible no era únicamente su elevada mortalidad, sino su aspecto social:

*«Comprende éste una obra magna, porque todos los factores que integran la vida social, todos tienen necesidad de intervenir en la lucha contra la tuberculosis, no solamente desde el punto de vista de sus recaudaciones, como éste de la Fiesta de la Flor, [...] sino al punto de vista rigurosamente técnico, contribuyendo todos a ilustrar los problemas que se tratan en los Congresos médicos sobre tuberculosis. Ya no deben de ser solamente los médicos los que acudan allí, sino que la multiplicidad de las cuestiones requiere las enseñanzas que pueden aportar otros factores sociales: como el abogado, el sacerdote, el maestro, el ingeniero, el escritor, el comerciante, el industrial, y no hay que decir si deben intervenir los políticos».*

Y era ahí donde entraba en juego la previsión social, tutelada por el Estado, para luchar contra la primera causa de la tuberculosis, *«la inmunización o resistencia del sujeto»*.

Seguidamente, Pulido aseguraba que la lucha contra la tuberculosis era una obra contra la mortalidad infantil, pues la peste blanca se cebaba especialmente en los niños. De hecho, Pulido, que en aquel momento presidía el Consejo Superior de Protección a la Infancia, aseguraba que el verdadero precursor de la lucha antituberculosa en España había sido el movimiento de protección a la infancia, con Tolosa Latour y su sanatorio marítimo de Chipiona a la cabeza. Gracias a la conjunción de ambas luchas y a su trabajo incesante para inducir leyes e instituciones protectoras, poco a poco se iba consiguiendo *«el despertar de la conciencia pública»*.

Pulido reconocía, sin embargo, que este incipiente sistema de protección social de mujeres y niños, con efectos beneficiosos sobre el *«vigor de la raza»*, era una respuesta a las reivindicaciones del mundo obrero:

*«Las leyes sociales que tienen fundamentalmente un carácter médico, pero que han surgido por su significación societaria, tutelar y previsor, se han adelantado a las iniciativas de los propios médicos y han venido por imposición de los mismos obreros. Las leyes de protección a la mujer embarazada, las referentes a las horas de trabajo en las minas y las de la mujer en las fábricas, la del descanso dominical, la del trabajo nocturno, hasta esa modesta Ley de la Silla; [...] toda esta obra, en fin, que estamos preparando en el Instituto de Reformas Sociales [...], es una obra que en cierto modo viene a responder, no sólo a la defensa de la infancia, sino al vigor de la raza y a su defensa contra la tuberculosis».*

Para Pulido tres eran los propósitos fundamentales de la campaña antituberculosa: vigorizar el organismo, evitar el contagio y asistir a los enfermos. En el primer campo de acción, recomendaba *«casa sana, no casa rica y elegante, sino limpia, ventilada y soleada»*; alimento sano y nutritivo; y *«Leyes sociales tutelares»* –seguros de vejez y enfermedad– propias de los pueblos *«más adelantados»*, como Inglaterra y Alemania.

En cuanto a las medidas para evitar el contagio, Pulido consideraba, además de la declaración obligatoria de la tuberculosis –nunca se había cumplido, por mucho que la legislación ordenase lo contrario–, la habitual panoplia profiláctica: uso de escupideras, barrido húmedo, desinfección y esterilización de la leche.

En el aspecto asistencial, el higienista explicaba el papel que desempeñaban en la lucha antituberculosa el dispensario y el sanatorio. El primero era un elemento innovador en la práctica médica, pues en lugar de esperar a que el enfermo acudiera a ellos, salía en su búsqueda: *«hay que adelantarse para sorprender lo antes posible a la enfermedad»*. A partir de ahí, los dispensarios prescribían tratamientos, facilitaban medicinas y escupideras, y, lo que es más importante, impartían consejos *«de vida y de higiene»*. Pulido otorga un gran interés a este último aspecto:

*«hay que convertir los dispensarios en unos centros de cultura; hacer que los enfermos que van allí adquieran conocimientos que no tenían anteriormente; que no salgan solamente con la receta, sino con un estado de conciencia previsor y sabia que les permita seguir una porción de prácticas y tener previsiones convenientes, no solamente para ellos, sino para los demás [...].*

*[...] estas conferencias del dispensario le permiten adquirir una educación, y así tienen también que desarrollar un interés colectivo, un interés social».*

Sobre los sanatorios, Pulido reconocía que, con el presupuesto simbólico que el Estado asignaba a la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, a la que él mismo pertenecía, era muy difícil plantear los programas de construcción de otros países. Sin embargo, el conferenciante se excusaba a las autoridades en los siguientes términos:

*«El Estado harto hace, por el momento, ante las inmensas exigencias que sobre él pesan y los conflictos económicos que le agobian, con no restar estas 100.000 pesetas; y, a lo sumo, abrigamos la esperanza de que pueda conservar la consignación, por modesta que se le considere».*

Por eso, la sociedad en su conjunto, armónicamente y sin disensiones, debía participar en la lucha antituberculosa por medios como la *Fiesta de la Flor*, «un testimonio simpático, gallardo, brillante»:

*«La obra de la tuberculosis es, señores, no obra de una clase, sino obra de la sociedad toda; es una campaña que no pueden realizarla solo el Estado, una institución, ni un organismo; tienen que realizarla los ciudadanos todos, sin excepción; todos y cada uno de los individuos, desarrollando sus aptitudes y aportando sus recursos en los términos que les sea posible. Es la única manera de asegurar el éxito y arrebatarse a la muerte gran parte de las víctimas que ocasiona tan terrible azote».*

### *Charlas escolares*

En 1908, Luis Fatás, miembro de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, solicitó en el primer congreso nacional sobre la enfermedad que se celebró en Zaragoza que las escuelas públicas superiores o de adultos y las normales de maestros e institutos acogiesen una charla semanal sobre tuberculosis, a cargo de los médicos municipales, los que designasen las juntas provinciales de Instrucción Pública o los claustros universitarios (Fatás, 1908: 17s). Sin embargo, no tenemos constancia de que esta recomendación fuese tenida en cuenta.

Tenemos que esperar a finales de los años 20 para dar con un caso de charlas sistemáticas en los colegios del barrio de Cuatro Caminos, en Madrid, a cargo de Tomás de Benito, en el marco de los trabajos de profilaxis social llevados a cabo en su dispensario.

En este médico encontramos un verdadero ánimo de adaptar su mensaje a la edad y cultura de su auditorio, y de emplear estrategias y materiales especialmente diseñados para concitar la

máxima atención y conseguir, por tanto, los efectos deseados:

*«Los métodos son variables y se adaptarán a las necesidades del medio y del momento. Las conferencias serán cortas, para no cansar a los oyentes, y todo lo clara y sencillamente expuestas que lo requiera el público que las escuche. La charla dada en la escuela por el conferenciante forastero constituirá para el niño un suceso importante para su vida escolar. [...] su curiosidad se despierta a la vista de los anuncios de propaganda pegados a las paredes y de los paquetes de cartillas ilustradas que se les promete. [...] Pero es preciso instruir sin asustar, interesar sin fatigar a este joven auditorio, conquistar su simpatía [...]. De este modo estos niños prestarán interés a los consejos [...] que ellos no dejarán de repetir a sus padres. [...] Los anuncios de propaganda antituberculosa se remiten a los directores, y ellos deciden en qué lugar les conviene fijarlos. Los folletos y cartillas que gratuitamente se distribuyen a los alumnos a la salida de las charlas se destinan tanto a los alumnos como a sus familias».*

[...]

*«Las charlas serán siempre apropiadas tanto como sea posible a la condición social de los padres de los alumnos y adaptadas a las circunstancias de la vida escolar y post-escolar futura» (Benito, 1930: 133ss).*

## Cine

Durante la Restauración y la Dictadura de Primo de Rivera se produjeron, que nos conste, muy pocas películas de divulgación y propaganda sanitaria. Los temas elegidos fueron la protección de la infancia, el paludismo, las enfermedades venéreas y la tuberculosis. En este aspecto, la sanidad española se encontraba en clara desventaja con la de otros países, como Reino Unido, Francia y Estados Unidos, en los que se produjeron numerosas cintas (Teller, 1988: 61s; Bryder, 1988: 145ss; Perdiguero *et al.*, 2007: 70 y nota 11; Boon, 2010: 35ss). No obstante, cabe la posibilidad de que se rodaran más películas pero que, a causa de una deficiente conservación y otros muchos azares<sup>94</sup>, no hayan perdurado. Esta hipótesis descansa en el hecho de que nos haya sido imposible localizar copia de dos de las cuatro referencias sobre tuberculosis que indicamos a continuación.

94 El patrimonio cinematográfico español es comparativamente inferior al de otros países por diversos motivos. Una de las principales causas son los repetidos incendios en algunos almacenes y laboratorios en los que se custodiaban las películas, con especial incidencia del que se produjo en los laboratorios de Cinematiraje Riera, en Madrid, en 1945. A esto se añade la debilidad de la industria cinematográfica española, que escatimaba de forma habitual con las copias de las películas para ahorrar costes. Esa escasez de copias redujo las posibilidades de que muchas producciones llegasen hasta nuestros días (Sánchez, 2003: 25).



~ *El milagro de las flores* (anónima, 1916)

La primera producción que trata específicamente la tuberculosis de la que se tiene noticia cierta es *El milagro de las flores*, de 1916, aunque poco más se sabe de ella (Perdiguero *et al.*: 2007: 70, nota 7). Por su título, es probable que estuviese relacionada con la *Fiesta de la Flor* y sus benéficos efectos sobre la lucha antituberculosa.

~ *Una visita a la isla de los niños* (Antonio de Padua Tramullas, ¿1912-1916?)

Otra referencia cinematográfica, que había pasado inadvertida por los investigadores de este tema, no tiene una fecha precisa, pues los registros de la Filmoteca Española la sitúan en una fecha indeterminada entre 1912 y 1920. Se trata de la cinta de Antonio de Padua Tramullas<sup>95</sup> *Una visita a la isla de los niños*. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, esta producción era hasta ahora desconocida para los investigadores. Desgraciadamente, en la actualidad no es posible acceder a su visionado, por lo que no hemos podido realizar un análisis de su contenido, lenguaje audiovisual, etc. Según la ficha catalográfica de la Filmoteca, el documental, que tiene una duración de 110 minutos, retrata la vida de los niños tuberculosos que reciben tratamiento en el sanatorio marítimo de Pedrosa, en Cantabria. Asimismo, se indica que la producción corresponde al propio Tramullas, aunque parece razonable pensar que pudiera existir algún tipo de encargo o acuerdo con las autoridades sanitarias para realizar el filme.

~ *Fiesta de la Flor en Zaragoza* (Antonio de Padua Tramullas, 1916)

El tercer título es *Fiesta de la Flor en Zaragoza*, filmada en 1916 por Tramullas e incluida en el catálogo de la Filmoteca Española, aunque igualmente inaccesible. Desconocemos cualquier otro dato relativo a esta producción. Hasta ahora tampoco había sido tratada en ninguna investigación sobre cine sanitario.

---

95 Considerado uno de los pioneros del cine español, Antonio de Padua Tramullas creó su propia productora en 1910, Sallumart Films. La mayor parte de su producción está dedicada al documental (Biel, 1996: 302s).

~ *Corazón de Reina* (Guillermo Muñoz y Francisco Beringola, 1926)

La cuarta y última referencia sobre tuberculosis en el periodo que nos ocupa corresponde a *Corazón de Reina*, una película en la que ficción y realidad se funden para dar como resultado un producto de propaganda político-sanitaria. Estrenada el 16 de diciembre de 1926, está producida por Omnia Films y el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa, con guión del tisiólogo Jesús de Bartolomé Relimpio y bajo la dirección de Guillermo Muñoz y Francisco Beringola (García *et al.*, 2010: 133). Desgraciadamente, no hemos logrado localizar ninguna copia en el transcurso de nuestra investigación, por lo que tampoco hemos podido analizarla en profundidad.

Sin embargo, en este caso sí disponemos de algunos datos que nos permiten realizar algunas consideraciones. El primero de ellos nos los facilita *ABC*, que dio cuenta del preestreno de la cinta, al que acudieron «*distinguidos médicos especializados en la materia, y significadas personas de nuestra sociedad*», además del nuncio, el ministro de la Gobernación y el director general de Sanidad:

«Con objeto de dar a conocer la admirable labor que desde hace años, viene realizando en España la Liga Antituberculosa, [...] se proyectó ayer tarde, a las tres, en el teatro de la Princesa, una interesantísima película reveladora de los principales aspectos de las admirables instituciones creadas por aquel filantrópico organismo [...].

*En la pantalla, y a través de una sugestiva cinta de cinco partes, [...] se reflejaron cuantas felices iniciativas ha llevado a la práctica la Liga Antituberculosa, tales como las colonias escolares, con sus adecuados sanatorios que, como el de Pedrosa, constituye [...] modelo de las instituciones de su género [...]. También [...] episodios de la Fiesta de la Flor, y la cooperación que a la misma presta la Familia Real, especialmente Su Majestad la Reina Doña Victoria, de la que se han impresionado interesantísimas escenas, en las que, en unión de las infantitas Cristina y Beatriz, aparece, en el campo del Moro, confeccionando labores para el Ropero de Santa Victoria»<sup>96</sup>.*

Por este diario, también sabemos que el estreno tuvo lugar en el Palacio de la Música, con la asistencia de la infanta Isabel<sup>97</sup>, y que los beneficios obtenidos por la proyección de la película —desconocemos durante cuánto tiempo se mantuvo en la cartelera— se destinaron íntegramente a

96 “El Real Patronato de la Liga Antituberculosa de España”, *ABC*, 7-XI-1926, p. 23.

97 “Palacio de la Música”, *ABC*, 17-XII-1926, p. 34.

la lucha antituberculosa<sup>98</sup>

Asimismo, nos ha llegado un resumen de su argumento bastante esclarecedor:

*«Tres hijos de la marquesa de Fuentes de la Mora han muerto de tuberculosis. La hermana de una de sus sirvientes tiene un hijo con la misma enfermedad. El médico le explica las principales características de este cuadro infeccioso y le sugiere, con el fin de evitar la mortalidad infantil, que le escriba a la reina Victoria Eugenia para que se investigue sobre esta enfermedad. El hijo de la doncella y otros niños son ingresados en un sanatorio antituberculoso que es visitado por los reyes»* (López Yepes et al., 1996).

A tenor de lo expuesto, son varios los elementos que demandan nuestra atención. Huelga subrayar que se trata de una producción a mayor gloria de la reina Victoria Eugenia, algo que el propio título de la cinta ya revela. Pero más allá de esta evidencia, subyace la idea de que la salvación del tuberculoso sólo puede provenir de la monarquía y, en general, de las clases acomodadas, verdaderos benefactores de la gente humilde. Las imágenes del sanatorio de Pedrosa y de la *Fiesta de la Flor* no hacen sino mostrar las bondades de esa caridad y las formas en que se manifiesta. Hay igualmente una búsqueda de la emotividad, reforzada por el hecho de que el protagonista sea un niño, lo que, al mismo tiempo, nos habla de la necesidad de vincular el problema de la tuberculosis al de la mortalidad infantil.

Junto a esta intencionalidad tan propagandística no cabe duda de que también hay un propósito didáctico, aunque eclipsada por la primera, que se manifiesta en el diálogo del médico con la madre del enfermo.

### *Carteles*

La primera referencia a un «cartel artístico conteniendo máximas contra la tuberculosis»<sup>99</sup> en España data de 1903. Esta obra, realizada por José Verdes Montenegro, fue declarada de utilidad para la enseñanza por el Consejo de Instrucción Pública por su plasticidad y la utilización de un lenguaje claro y sencillo, ideal para un público infantil.

98 “El Real Patronato de la Liga Antituberculosa de España”, *ABC*, 7-XI-1926, p. 23.

99 Real Orden de 27-VI-1903, en *Gaceta de Madrid*, 14-VII-1903.

La obra, compuesta por diversas ilustraciones y consejos higiénicos (Fig. 40), es un compendio textual y gráfico del ideario del movimiento antituberculoso, en el que salud y moralidad se funden con total naturalidad. Podríamos considerarlo una versión evolucionada de la clásica aleluya, pero estamos sin duda ante un concepto y estilo de cartel muy lejano del que se impondrá tras la Gran Guerra y la eclosión de las vanguardias artísticas (Castejón *et al.*, 2006: 413ss).

El cartel, realizado en tela para poder ser más fácilmente transportable, lleva por título *La tuberculosis es la plaga social más temible de la especie humana*. Preside la composición, en la zona central, una imagen al microscopio del bacilo de Koch contenido en un esputo. A ambos lados del cartel se sitúan dos campesinos, sobres los que figuran cuatro valores esenciales para preservarse de la tuberculosis: templanza, moralidad, higiene y limpieza. El campesino de la izquierda es el «*hombre sano*» –aspecto sonriente, gallardo, enérgico–, mientras que el otro es el «*enfermo*» –se apoya para mantenerse en pie y se lleva la mano al pecho–. Bajo el primero se reproduce un pulmón limpio; bajo el segundo, un pulmón tuberculoso. Acompañan a estas ilustraciones los siguientes mensajes:

*«La limpieza es la salud. Buscad la casa alegre, el taller limpio y ventilado, alimentaos bien, amad el aire libre y el sol y evitaréis la tuberculosis».*

*«La suciedad de la casa y el taller, la alimentación deficiente y el trabajo excesivo, son las grandes causas de la tuberculosis. El contagio de la tuberculosis es el contagio de la suciedad».*

De igual modo, a las imágenes de la «*vivienda higiénica*» se oponen las de la «*antihigiénica*». También se muestran estampas de «*ejercicios altamente higiénicos*» –juego de pelota, por ejemplo– junto a imágenes que muestran lo que no debe hacerse, es decir, «*acciones notoriamente nocivas*», como acudir a la taberna.

El cartel fue presentado por la Dirección General de Sanidad en el Congreso de Medicina celebrado en Madrid en 1903 a una exposición de carteles antituberculosos de diversos países. El máximo organismo sanitario concluyó que el español era el mejor de todos y, por ello, se recomendó que todas las escuelas públicas y particulares se hiciesen con un ejemplar. El objetivo era crear hábitos de higiene «*cuando todavía no formado el espíritu de los niños, se presta más fácilmente*





Fig. 40.— Cartel antituberculoso creado por J. Verdes Montenegro. c.1900. En <http://cloud2.todocoleccion.net/carteles/c/2013/11/02/19/39780579.jpg> (acceso 4-X-2015).



a este género de bienhechoras sugeriones»<sup>100</sup>. Posteriormente, se declararían igualmente de utilidad para la enseñanza otros dos carteles de Verdes Montenegro, uno sobre la viruela y su vacuna<sup>101</sup>, y otro sobre el paludismo<sup>102</sup>.

La aparición del cartel antituberculoso en su concepto moderno es tardía en España. Aunque desde principios del siglo XX tenemos ejemplos de carteles de divulgación sanitaria que responden a cánones mucho más avanzados que el de Verdes (Castejón *et al.*, 2006: 415), no será hasta 1929 cuando aparezca uno dedicado a la tuberculosis. Este cartel fue un encargo del *Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos de Catalunya*, promovido por la Mancomunidad catalana, a Ramón Casas (Fig. 41).

El cartel, que invita a hacer uso del *Servei*, refleja expresivamente los sufrimientos que acarrea la tuberculosis, encarnados por una mujer entristecida que rodea con sus brazos a dos niñas. Las tres son la viva imagen del abatimiento. El texto que encabeza el cartel lanza un mensaje relevante: la enfermedad no sólo amenaza la salud de cada individuo, sino que pone en peligro la prosperidad de toda la comunidad. La lucha contra la tuberculosis es, por lo tanto, de interés público.



FIG. 41.— *La tuberculosi amenaça la vida i la riquesa de Catalunya*. Ramón Casas, 1929 (Biblioteca Nacional, CART.P/278).

100 *Ibid.*

101 Real Orden de 10-VIII-1903, en *Gaceta de Madrid*, 26-VIII-1903.

102 Real Orden de 25-V-1905, en *Gaceta de Madrid*, 3-VI-1905.



Tendremos que esperar a la constitución de una sección de higiene social y propaganda en la Dirección General de Sanidad, ya en el periodo republicano, para que este formato, así como otras formas de propaganda sanitaria, adquiriera pleno desarrollo.

#### CASOS SINGULARES

##### *El Dr. Moliner y el sanatorio antituberculoso popular de Porta Coeli*

A poco que se explora la huella dejada por Francisco Moliner y Nicolás en la prensa de su tiempo, se evidencia que estamos ante un propagandista modélico. Supo construir los mensajes, manejar a la masa trabajadora y polemizar brillantemente con sus enemigos. Supo, en fin, labrarse una imagen pública poderosa y evocadora, la de un luchador y un agitador de conciencias.

Moliner era plenamente consciente de que el éxito del sanatorio antituberculoso popular de Porta Coeli, su proyecto más personal e icónico, dependía en buena medida de su capacidad para trasladar a la opinión pública la bondad de sus intenciones, mostrando una especial predilección por los obreros<sup>103</sup>. Hay que recordar que Moliner fue un conferenciante eficaz e infatigable, y que hizo un especial uso de sus dotes oratorias y su capacidad de convicción cuando, en plena campaña del céntimo diario, consiguió el apoyo de 120.000 afiliados de las sociedades obreras de Madrid, Bilbao, Valencia y Alcoy<sup>104</sup>. Los testimonios gráficos que nos han llegado de las movilizaciones orquestadas por Moliner, ya fuesen a favor de los tuberculosos pobres, la educación pública o los héroes de Cuba, nos muestran una pléyade de fieles tras sus pasos (Fig. 42).

Con su estrategia de comunicación, el Dr. Moliner no esperaba únicamente el apoyo social, sino ejercer una mayor presión sobre las instituciones para lograr sus objetivos: ganar adeptos para la causa antituberculosa y, sobre todo, conseguir financiación para el sanatorio. Sin embargo, su liderazgo, que en ocasiones adoleció de un excesivo personalismo<sup>105</sup>, y un afán de notoriedad en

103 En su lucha contra la tuberculosis, Moliner (1896: 78ss) no sólo invocaba razones de pura caridad cristiana (AGP, *Proyecto...*, RA13, Cajón 8, Exp. 14), sino su temor a que las masas obreras, cansadas de que los poderosos no arbitrasen los medios para acabar con su sufrimiento, se levantasen violentamente.

104 AGP, *Proyecto...*, RA13, Cajón 8, Exp. 14.

105 Según "Aemecé" ("Madrid al día", ABC, 7-XII-1905, p. 3), el pensamiento del médico valenciano podría sintetizarse en la frase «*abajo la tuberculosis y arriba Moliner*».

## EL VIAJE DEL DOCTOR MOLINER

El distinguido catedrático de Medicina de la Universidad de Valencia ha tomado con entusiasmo y empeño dignos de la simpática idea que abriga, la obra de convertir en Sanatorio Nacional el instalado en Porta Coeli para los obreros tuberculosos de la región.

El Dr. Moliner, que ya contaba con el apoyo material y moral de la provincia y ciudad de Valencia, ha realizado en pro de la generosa idea del Sanatorio un viaje á Madrid, recibiendo en las esferas oficiales y en las corporaciones científicas de la corte valiosas promesas en pro de una idea que tiende á combatir los estragos de la más horrible y frecuente enfermedad de este siglo. Los ministros de Fomento y de Hacienda, el presidente del Consejo y la comisión parlamentaria designada por la Cámara, han hecho elocuentes ofrecimientos al Dr. Moliner, quien ha completado su brillante campaña de propa-



EL DOCTOR D. FRANCISCO MOLINER Y NICOLÁS

ganda con notables artículos en los principales diarios de Madrid y varias conferencias en la Facultad de Medicina y en los centros obreros. En éstos ha despertado verdadero entusiasmo la idea del Sanatorio, comprometiéndose á emular el acuerdo de los 14.000 obreros valencianos, que dejan un céntimo diario para sostenimiento del Sanatorio de Porta Coeli.

Ocioso es decir que el viaje del Dr. Moliner ha sido seguido con tanto interés como simpatía por la sociedad y el pueblo de Valencia, quienes dispensaron al ilustre viajero una recepción brillantísima el 17 del mes pasado, fecha en que regresó de su expedición á Madrid.

La fotografía que publicamos da de dicho recibimiento idea más exacta que cuantos epítetos aplicáramos á la entusiasta acogida con que fué recibido el Dr. Moliner por los obreros de Valencia y por sus innumerables amigos y admiradores.

Fotografías de A. García y V. Barberá

\*\*\*



EL DOCTOR MOLINER SALUDANDO Á LOS MANIFESTANTES DESDE EL BALCÓN DE SU CASA

FIG. 42.— En la foto superior, retrato del Dr. Moliner. En la inferior, Moliner saluda desde el balcón de su casa, en Valencia, a los seguidores que le aclaman tras un viaje a Madrid para lograr financiación pública para Porta Coeli. "El viaje del doctor Moliner", Blanco y Negro, 6-I-1900, p. 10.

ocasiones transgresor le granjearon numerosos enemigos y consecuencias nefastas para su carrera académica y profesional<sup>106</sup>. En este sentido, su enfrentamiento con Blasco Ibáñez<sup>107</sup>, sus métodos poco ortodoxos<sup>108</sup> y su carrera política<sup>109</sup> labraron una figura tan querida como odiada, tan relevante como polémica.

El sanatorio de Porta Coeli publicó su propio periódico, del que hasta ahora, al menos que nos conste, no existían más que noticias indirectas. En este sentido, sólo sabíamos que existía a finales de 1900, que estaba domiciliado en la ciudad de Valencia y que tenía un precio de suscripción de 1,25 pesetas por trimestre (Molero, 1989a: 193 y nota 34).

En el curso de la presente investigación, hemos logrado localizar –de forma novedosa– su primer número. Fechado el 30 de abril de 1899 –aproximadamente tres meses antes de que el establecimiento se pusiera oficialmente en marcha (*vid. supra*)–, es un estupendo compendio de la ideología molinerista, a la par que un retrato apologético del movimiento social por el sanatorio popular de Porta Coeli.

*Porta-Coeli. Periódico propagandístico del sanatorio para tísicos pobres* tiene una composición atractiva, en la que las fotografías del sanatorio y su entorno se combinan armoniosamente con el texto. Un rápido vistazo a las cuatro páginas del periódico permite apreciar que Moliner es el protagonista absoluto en la práctica totalidad de su contenido.

---

106 En 1905, Moliner (1905: 2, nota 1) explicó cómo influyó la campaña de Porta-Coeli en su patrimonio: «por los años 1895 y 96 pagaba una de las primeras cuotas como Médico de Valencia y que después de 1898, metido ya en la campaña de los Sanatorios para tísicos pobres, como abandonase casi en absoluto la clientela, mis compañeros tuvieron la consideración de rebajarme la cuota a séptima clase. [...] si llevo a la vejez y no tengo cuarenta o cincuenta mil duros para pasarla tranquila, no es porque no los haya sabido y podido ganar honradamente con mi profesión, sino porque no me los ha dejado ganar la campaña, y me he gastado los pocos que tenía luchando por una ley redentora que, para vergüenza de España y desconsuelo de los tísicos pobres y dolor mío, aún no está hecha».

107 A causa de las desavenencias entre Moliner y Blasco, el diario del literato, *El Pueblo*, mantuvo una continuada y descarnada campaña de desprestigio contra el primero a cuenta de Porta Coeli y el céntimo diario de los obreros. Véase Reig, 1982: 52ss.

108 En 1898, siendo rector de la Universidad de Valencia, Moliner organizó una corrida toros a beneficio de los afectados por unas inundaciones acontecidas el año anterior. Este gesto no fue buen visto y tuvo que dimitir de su cargo. Véase “¡Valencianos!...”, *El Pueblo*, 22-X-1915, p. 2 y Dr. Fausto: “El doctor D. Francisco Moliner y Nicolás”, *El Pueblo*, 22-XI-1923, p. 2.

109 En 1901, Moliner presentó su candidatura “humanitaria y social” al Congreso para lograr que se aprobase una ley de tísicos pobres. Aunque Moliner logró el acta de diputado, ninguna de sus propuestas fue aceptada. Muy al contrario, se cursó contra él un expediente de incapacidad por locura para separarle de su cátedra, aunque no prosperó (Molero, 1990: 267s).

Este primer número se inicia con un gran titular: «*Candidatura de la caridad. Empréstito de 500.000 pesetas con destino al Sanatorio de pobres de Porta-Coeli*», en referencia a una «*Limosna popular para el Domingo 30 de Abril de 1899 en la circunscripción de Valencia*» que se celebraba el mismo día en que el periódico salía a la calle (Fig. 43).

En efecto, Moliner había organizado una gran cuestación en la capital valenciana, mediante mesas situadas en los puntos más concurridos de la ciudad y su entorno: calles de Barcas, Ruzafa, Hospital, Guillén de Castro y Sagunto, entre otras, y plazas de San Francisco, de la Reina, del Mercado Central, del Temple...; mercados de Ruzafa, Jerusalén, Buenavista; salón de *El Correo de Valencia*, en cuyos talleres se imprimía *Porta-Coeli*; plaza de toros, escuelas pías, casas y negocios particulares...; y dos mesas tanto en El Grao como en el Cabañal.

Con esta «*Novísima forma de expresar el pueblo su voluntad*», en lo que suponía una interesantísima analogía del sistema democrático, Moliner se proponía conseguir fondos para el sanatorio, que procederían de todas las clases sociales sin distinción. En este sentido, la operación tenía carácter de «*Sufragio ultra-universal como la caridad, de la cual dimana, y toma forma y extensión*». El dinero se transformaría en un voto simbólico que no sólo contribuiría, de forma directa, a completar las instalaciones; también serviría, indirectamente, para presionar a los poderes públicos para que aprobasen un empréstito de 500.000 pesetas en beneficio del sanatorio:

«*Podrán votar, poniendo sus limosnas en las bandejas petitorias [...] hombres, mujeres y niños, sin distinción de clases ni colores políticos, cuantos sientan conmiseración por los tísicos pobres y vergüenza de que en España aun no haya ningún Sanatorio para el desheredado de la fortuna*».

La cuestación, planteada en clave totalmente electoral, disponía incluso de unas instrucciones para realizar el correspondiente recuento de votos:

«*1ª. Cada cinco céntimos de limosna se computan por un voto.*

«*2ª. Las mesas petitorias estarán presididas por un gremio o sociedad obrera, que pondrá en ella su pabellón o bandera respectiva.*

«*3ª. Los escrutinios parciales se harán a la puesta del sol, levantando acta las mesas de lo recaudado e ingresándolo acto continuo en la central que, presidida por el Dr. Moliner, se instalará en la plaza de San*



Año I Valencia 30 de Abril de 1899 Núm. I

# PORTA-COELI

PERIÓDICO PROPAGANDISTA DEL SANATORIO

PARA TÍSICOS POBRES

## CANDIDATURA DE LA CARIDAD

*Empréstito de 500.000 pesetas con destino al Sanatorio de pobres*

DE  
PORTA-COELI

Limosna popular para el Domingo 30 de Abril de 1899 en la circunscripción de Valencia

**PROPAGANDA**  
DE LA ESTUDIANTINA VALENCIANA

«Acepto vuestro ofrecimiento.... En Madrid y en Barcelona me parece que os esperan cuantiosas limosnas. Yo no podré ir con vosotros; pero iré delante de vosotros preparándoos el camino....»

Quiero hacer ver, y esta es la mejor manera de prepararos el terreno, que la Estudiantina de la Universidad de Valencia, empapada y convencida de las doctrinas de alguno de sus maestros, y sintiendo con él, va al corazón de España á iniciar un movimiento social verdaderamente regenerador, del cual hasta ahora no se ha notado, por desgracia, indicio alguno....

Vuestra empresa es grande y hermosa, redentora y noble; vais á conseguir que la caridad y la ciencia, unidas en estrecho lazo, impulsen el movimiento social que ha de salvar la vida á tantos y tantos tísicos pobres.»

DR. MOLINER.



VISTA GENERAL DE PORTA-COELI

**En el Consejo del Sanatorio** <sup>(1)</sup>  
«Haced cuantas modificaciones queráis, dijo sobre poco más ó menos; ya os entregué la escritura el primer día, pero detrás de vuestro derecho no me quitéis el que yo tengo, porque éste es la garantía que yo me guardo para que el Sanatorio se haga. Podría crecer la calumnia y entrarnos desconfianza, y deshacerse este Consejo, y no encontrar los pinars en las Cortes, y cerrárase las puertas de Palacio, y verme solo, de todos abandonado, y entonces si me reserváis el derecho que tengo á la escritura, ahora que están ya, el camino y las camas en el Sanatorio, me iría allí y diría: «Tísicos ricos que queráis que el Dr. Moliner os cure en Porta-Coeli, venid,» y vendrían tantos cuantos caben, veinte ó treinta que me dejarían de ganancia sesenta duros, con los cuales mantendría á sesenta pobres, y el Sanatorio quedaría hecho con el sudor de mi frente, con el crédito de mi ciencia y el empeño de mi voluntad. (Aplausos.)»

<sup>(2)</sup> Expositores dados por el Dr. Moliner en la sesión del 27 de Marzo.

**ALOCUCIÓN**

¡Obreros Valencianos!

Por vosotros lo hago todo y para vosotros es el Sanatorio de Porta-Coeli.

Yo empeño en esta empresa mi salud, mi palabra, mi honra profesional y hasta la vida, si necesario fuese. ¡Ayudadme vosotros con la santa limosna de vuestra pobreza!

Quiero haceros en Porta-Coeli un Palacio de salud donde podáis curar de esa terrible enfermedad que os tercia y aniquila, engendro cruel de las fatigas del trabajo y de las privaciones de la miseria.

Hora es ya de que lo tengáis.

La *Ciencia Médica*, que siente y conoce vuestros infortunios, fulmina cargos gravísimos contra la sociedad pudente y el Estado que os desatiende y olvida.

La *Caridad* os ampara. La ciencia y la caridad, pues, están de nuestra parte y pedimos vótro.

El hecho nuevo de demostrar vuestra voluntad para una cosa justa en un acto piadoso, puede tener trascendencias sociales inmensas. Probémoslo.

Dadme el apoyo de vuestra voluntad y de vuestras limosnas con fe y esperanza, que yo también las tengo.

¡¡Obreros de Valencia, hijos del trabajo, peisanos y amigos míos, dadme por vuestro bien, que es mi gloria, una limosna para nuestro Sanatorio!!

FR. MOLINER.

**Candidatura de La Caridad**

**LIMOSNA POPULAR**

MANIFIESTO DE LA JUNTA ORGANIZADORA Á LAS CLASES OBRERAS DE VALENCIA

El próximo domingo ha de convertirse en realidad consoladora la hermosa idealidad de esa elección tan ejemplar como sencilla, tan noble como santa, que en vez de indignar pasiones y provocar tempestades y despertar odios y crear envidias e inspirar recelos, excitando á una lucha fratricida, aunará seguramente voluntades y fundirá los corazones con el soplo bendito del amor, para que, aportando al acervo común todos los entusiasmos, todas las energías, todas las actividades y todos los esfuerzos, contribuyan las clases populares de Valencia á sacar triunfante esa mayoría inmensa, colosal, la bendita é incomparable candidatura de la Caridad.

No creemos que esto sea en nosotros una ilusión deslumbrante y fascinadora de difícil realización, porque pedimos actividad y la tenemos, pedimos abnegación, y no os falta, pedimos un esfuerzo y tenéis alientos suficientes para ejecutarlo, hacemos, en suma, un llamamiento á la caridad y abrigamos la íntima convicción de que habéis de responder con la maravillosa elocuencia de los hechos, demostrando una vez más que bajo la honrada blusa del obrero late siempre un corazón honrado y generoso, arsenal nutrido

**INSTRUCCIONES**

1.ª Cada cinco céntimos de limosna se computan por un voto.

2.ª Las mesas peticionarias estarán presididas por un gremio ó sociedad obrera, que pondrá en ella su pabellón ó bandera representativa.

3.ª Los escrutinios parciales se harán á la puesta del sol (1), levantando acta la mesa de lo recaudado ó ingresándolo acto continuo en la central que, presidida por el Dr. Moliner, se instalará en la plaza de San Francisco, esquina á la de las Hileras.

4.ª Hecho el recuento general á presencia de la Junta, ingresarán los fondos recaudados en la caja del tesorero del Consejo, banquero Sr. Rubio.

5.ª Los fondos recaudados se destinan, por acuerdo de la Junta, en capítulo cerrado, á la construcción de los kioscos ó merenderos que, instalados en los sitios más amenos del pinar y de las fuentes, han de servir para solaz y esparcimiento de los enfermos y de sus familias cuando vayan á visitarlos.

(1) Si á la hora indicada fuera muy oscura la recaudación, podrá proseguirse esta á juicio del presidente, avisándose á la Central.

FIG. 43.— Portada del primer número de Porta-Coeli. Periódico propagandístico del sanatorio para tísicos pobres.

*Francisco, esquina a la de las Barcas.*

*4ª. Hecho el recuento general a presencia de la Junta, ingresarán los fondos recaudados en la caja del tesorero del Consejo, banquero Sr. Rubio.*

*5ª. Los fondos recaudados se destinan, por acuerdo de la Junta, en capítulo cerrado, a la construcción de los kioscos o merenderos que, instalados en los sitios más amenos del pinar y de las fuentes, han de servir para solaz y esparcimiento de los enfermos y de sus familias cuando vayan a visitarlos».*

Las sociedades obreras no se limitaban a presidir las mesas, sino que constituían la propia junta organizadora. En un manifiesto dirigido a los trabajadores valencianos, fechado el 27 de abril y publicado en el propio periódico, la junta hacía un llamamiento a la participación y, al tiempo, desvelaba que la polémica había acompañado en todo momento a la iniciativa. En efecto, «Las elecciones de la Caridad» habían sido capaces de «*inflamar pasiones y provocar tempestades y despertar odios*».

El discurso empleado por las sociedades obreras carece del tono propio de las soflamas socialistas<sup>110</sup> o libertarias. Es un discurso integrado en los valores imperantes e integrador de voluntades; reivindicativo, movilizador, pero bajo ningún concepto revolucionario o iconoclasta, sino conciliador:

*«Se trata de la fundación de una obra que ha de prestar su protección y amparo a esa valerosa juventud que al servicio glorioso de la patria adquirió el germen de esa terrible enfermedad que tan crecido tributo presta a la muerte. Se trata de una institución humanitaria que ha de ejercer su acción a favor de ese numeroso ejército de pobres obreros que pueblan nuestros talleres, donde las fatigas de un penoso trabajo, consumiendo fuerzas y minando lentamente los organismos más robustos, abonan el proceso de esas gravísimas dolencias que, como la tisis buscan siempre sus víctimas en las nutridas filas de la clase obrera.*

*[...] De ahí la necesidad de que vosotros, secundando los propósitos de y los deseos de esta Comisión, coadyuvéis eficazmente a esta obra científica, moral, esencialmente cristiana, iniciación de y comienzo de una regeneración saludable. [...]*

*De esta manera las elecciones de la Caridad tendrán para los altos poderes del Estado la significación*

---

110 Aunque Moliner contó con el apoyo explícito de *El Socialista* para su campaña de recaudación de fondos, el órgano oficial del PSOE dejó claro que la reclamación de un sanatorio antituberculoso para los obreros no era una merced de las clases burguesas, sino algo a lo que tenían pleno derecho en razón a la explotación a la que eran sometidos (Molero, 1989a: 191s).



*solemne de una aspiración legítima, para las clases acomodadas la virtud moral de un elevado ejemplo, y para todos, para los pobres y para los ricos, para los altos y bajos, para el gobierno y el pueblo, la suma total de los sufragios que en moneda de cobre depositaréis».*

Por su parte, la respuesta de Moliner es una alocución paternalista, en la que el médico se muestra dispuesto a ser el contrapunto de una sociedad egoísta, como el líder intelectual que les conducirá a un luminoso porvenir de ciencia y salud:

*«¡Obreros Valencianos!*

*Por vosotros lo hago todo y para vosotros es el Sanatorio de Porta-Coeli.*

*Yo empeño en esta empresa mi salud, mi palabra, mi honra profesional y hasta la vida, si necesario fuese. ¡Ayudadme vosotros con la santa limosna de vuestra pobreza!*

*Quiero haceros en Porta-Coeli un Palacio de salud donde podáis curar de esa terrible enfermedad que os tercia y aniquila, engendro cruel de las fatigas del trabajo y de las privaciones de la miseria.*

*Hora es ya de que lo tengáis.*

*La Ciencia Médica, que siente y conoce vuestros infortunios, fulmina cargos gravísimos contra la sociedad pudiente y el Estado que os desatiende y olvida.*

*La Caridad os ampara. La ciencia y la caridad, pues, están de nuestra parte y podemos vencer.*

*El hecho nuevo de demostrar vuestra voluntad para una cosa justa en un acto piadoso, puede tener trascendencias sociales inmensas. Probémoslo.*

*Dadme el apoyo de vuestra voluntad y de vuestras limosnas con fe y esperanza, que yo también las tengo.*

*¡¡¡Obreros de Valencia, hijos del trabajo, paisanos y amigos míos, dadme por vuestro bien, que es mi gloria, una limosna para vuestro Sanatorio!!!».*

Aparte de este llamamiento, gracias al primer número de *Porta-Coeli* sabemos que Moliner puso en marcha una iniciativa más práctica que este simple llamamiento para asegurarse una participación masiva del elemento obrero. El periódico incluye la comunicación que Moliner, que se autodenominaba «*Iniciador y Propagandista*» del sanatorio, remitió a los industriales y comer-

cientes de Valencia para que recomendasen a sus trabajadores colaborar en la cuestación.

El segundo puntal en el que se apoya Moliner son los estudiantes, en los que confía con fe ciega como impulso modernizador de una sociedad adormecida<sup>111</sup>. *Porta-Coeli* incluía un agradecimiento del médico a la estudiantina de la Universidad de Valencia, que tenía previsto visitar Madrid y Barcelona con la intención de recaudar dinero y sumar voluntades en pro del sanatorio<sup>112</sup>. En febrero de 1899, una comisión de estudiantes y artistas liderada por Moliner había conseguido entrevistarse con la reina regente para pedirle que actuase para lograr que Porta Coeli se transformase en un gran sanatorio nacional «*para los soldados repatriados y obreros pobres*».

La respuesta a esta audiencia real fueron un Real Decreto y una Real Orden (*vid. supra*), que *Porta-Coeli* publica literalmente, junto a unas consideraciones de Moliner sobre la pobre respuesta de las instituciones en las que la reina había depositado la responsabilidad de juzgar el proyecto. Para Moliner, el mejor aval era lo que sobre su persona y su obra habían dicho alcaldes, miembros de sociedades obreras o empresariales y un periodista ilustre, como Mariano de Cavia:

*«Ejemplar característico y simpático de andante españolera por lo que hace a los procedimientos de forma, [...] no es, sin embargo, en el fondo un “caso” de españolismo castizo y tradicional.*

*No, no lo es a pesar del infatigable brío y españolísimo tesón —el tesón del guitarreo y el pandereteo— con que se vale, para sacar adelante sus arduas empresas científicas y caritativas, de los toros, de las tracas, de las comparsas, de las estudiantinas, de la algazara juvenil y el jolgorio popular».*

111 Moliner (1905: 9) estaba convencido de que «*la clase escolar es la única que puede redimir a España con la revolución de en medio*». Y añadía: «*En [...] los estudiantes, está la salvación [...]. No vayáis, no, con ideas políticas, porque eso les desune [...]; pero echadles, echadles a su alma entusiasta y generosa una idea noble [...] y los veréis unidos y entusiastas excederse a sí mismos*».

112 José Alberto Palanca (1963: 10s), director general de la Sanidad franquista durante dos décadas, fue testigo en su juventud de la actividad de esta estudiantina: «*En los carnavales que pasé en Valencia vi pasar una estudiantina con unas grandes pancartas que abogaban por la construcción de un sanatorio antituberculoso en Porta-Coeli, idea que patrocinaba un Profesor de la Facultad de Medicina, el Dr. Moliner*». Según Palanca, era habitual que las estudiantinas se dedicasen a recaudar fondos para los servicios sanitarios públicos, pues él mismo participó en una durante su época de estudiante en Granada: «*Las salas del Hospital Provincial estaban hechas una lástima y todos los años organizábamos una estudiantina por la época del Carnaval, y con el dinero recaudado procedíamos a mejorarlas, y hasta poníamos en la pared una lápida de mármol en que constaba nuestro acto, creyendo de verdad que con eso immortalizábamos nuestro gesto*» (*Ibid.*: 16). Esta tradición tuvo continuidad en la Segunda República (véase “La Tuna Universitaria de Valladolid”, ABC, 28-XII-1935, p. 12).

Finalmente, el periódico incorpora fragmentos de las memorias presentadas a la Real Academia de Medicina y al Consejo de Patronos. En ambas, Moliner canta las excelencias del lugar en el que se asienta la antigua cartuja de Porta Coeli, donde asegura que, en una primera fase, van a tratarse 40 personas con una inversión de 29.000 pesetas. Posteriormente, gracias al empréstito de 500.000 pesetas que esperaba conseguir en breve plazo, podría instalar un pabellón para ricos con cuyas ganancias financiaría el coste de las camas para tísicos pobres. También esperaba que el Estado le cediese un pinar adyacente, cuyas rentas le permitirían consolidar económicamente el proyecto.

Como sabemos, la aventura de Moliner acabó, por pura asfixia económica, antes de que hubiesen transcurrido dos años desde la inauguración de Porta Coeli (*vid. supra*). Sin embargo, consiguió que se convirtiese en un icono, en un proyecto de honda repercusión pública no sólo en Valencia, sino en todo el país. No es de extrañar, por tanto, que cuando Emilia Pardo Bazán visitó Valencia a comienzos de 1900, uno de los lugares que quiso conocer —de forma espontánea o inducida por Moliner, como parece probable—, junto al Ateneo, la Lonja y la huerta, fue el sanatorio antituberculoso, «*consagrando entusiastas elogios al Dr. Moliner*»<sup>113</sup> (Figs. 44-48).

### *El Dr. Ángel Pulido y la comunicación como herramienta sanitaria*

El Dr. Ángel Pulido (1902: 7) dedicó importantes esfuerzos a promover la idea de la sanidad pública como motor de desarrollo y de progreso, pues estaba firmemente convencido, especialmente después del desastre de 1898, de que en España existía una «*necesidad imperiosa de crear una estado de opinión social favorable al desarrollo de la Sanidad pública*». En este sentido, su forma de entender la profesión médica como un sacerdocio social le condujo a considerar la comunicación como una herramienta de primer orden, con la que sería posible educar a todas las clases sociales, desde las más acomodadas hasta las más humildes.

Fue redactor habitual de *El Antiteatro Anatómico Español*<sup>114</sup>, *Anales de la Sociedad Ginecoló-*

---

113 “La Sra. Pardo Bazán en Valencia”, *Blanco y Negro*, 13-I-1900, p. 11.

114 Publicado en Madrid entre 1873 y 1880, llevaba por subtítulo *Periódico de medicina, cirugía y ciencias auxiliares*



FIG. 44.— Monumento a la caridad erigido en el sanatorio de Porta Coeli (Valencia). Foto: Archivo General de Palacio, Álbum del sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163112.

*gica Española*<sup>115</sup> y *El Siglo Médico*<sup>116</sup>, y colaborador de *El Liberal*<sup>117</sup> y *El Imparcial*. Participó asimismo en la Asociación de la Prensa Médico-Farmacéutica, fundada en 1875 junto a importantes figuras de la medicina social y el periodismo médico, como Méndez Álvaro y Ulecia Cardona<sup>118</sup>, iniciador e impulsor de las *gotas de leche*<sup>119</sup> en España. La Asociación no sólo deseaba fomentar

---

(López y Terrada, 1990: 33).

115 Publicados en Madrid entre 1875 y 1879 (López y Terrada, 1990: 27).

116 En su primera época, *El Siglo Médico* se publicó en Madrid entre 1854 y 1936. Fundado y dirigido hasta 1883 por el iniciador de la prensa médica, el gran higienista y divulgador Francisco Méndez Álvaro, este periódico no sólo fue uno de los más influyentes en su especialidad, sino también uno de los más leídos de España de la segunda mitad del siglo XIX (Fernández Sanz, 2001: 146ss)

117 Así se atestigua en “Excmo. Señor D. Ángel Pulido. Director General de Sanidad”, *Revista Ilustrada de Banca, Ferrocarriles, Industria y Seguros*, 25-VI-1901, pp. 1-2.

118 Fue redactor de *El Genio Médico-Quirúrgico* y *Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana* (Fernández Sanz, 2001: 163-164), y director de la *Revista de Medicina y Cirugía Práctica* (Barona, 2006: 226).

119 Esta institución fue una de las más importantes de la época en la lucha contra la mortalidad infantil, e invocada con frecuencia por los tratadistas como obra auxiliar de la lucha antituberculosa. Las *gotas de leche* facilitaban este alimento, convenientemente esterilizado, a las madres pobres que, por diferentes motivos, no podían dar el pecho. También se dedicaron a facilitar consejos sobre crianza, alimentación y, en general, a trasladar los fundamentos básicos de la puericultura moderna las madres ‘ignorantes’. Sobre la culpabilización de las madres en la lucha contra la mortalidad infantil, sobre todo en el primer Franquismo, véase Jiménez *et al.*, 2002: 208ss y Bernabeu-Mestre, 2002: 132ss.





FIG. 45.— *Enfermos de Porta Coeli haciendo cura al aire libre* Foto: Archivo General de Palacio, Álbum del sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163110.



Dr. Candela

Dr. Dómine

D.<sup>a</sup> Emilia Pardo Bazán

Dr. Moliner

Blasco Ibáñez

FIG. 46.— *Fotografía del banquete que ofrecieron Blasco Ibáñez y los doctores Moliner, Dómine y Candela a Pardo Bazán en el sanatorio de Porta Coeli, en enero de 1900* ("La Sra. Pardo Bazán en Valencia", Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 11).





FIG. 47.— Fotografía de familia durante la visita de Pardo Bazán al sanatorio de Porta Coeli, en enero de 1900 (*"La Sra. Pardo Bazán en Valencia"*, Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 12).



La tierra valenciana con sus bellos paisajes, y el pueblo con sus entusiastas agasajos, han encantado á doña Emilia, que sin duda guardará el recuerdo de este viaje como uno de los más gratos de su vida.

FIG. 48.— Vista de los pinares anexos al sanatorio de Porta Coeli, en el que los pacientes hacen cura de reposo al aire libre (*"La Sra. Pardo Bazán en Valencia"*, Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 11).

la prensa especializada, sino erigirse también en representante de la profesión frente los poderes públicos (Fernández Sanz, 1992: 37s).

Precisamente fue en *El Siglo Médico* donde quedaron reflejados algunos de los aspectos más relevantes de su pensamiento en dos series de artículos tituladas “*La sanidad pública en España y ministerio social de la clases médicas*”<sup>120</sup> y “*Mi gestión sanitaria*”<sup>121</sup>, estudiadas por García y Álvarez (1994) en un interesante trabajo sobre las conexiones regeneracionistas y krausopositivistas en el pensamiento de Pulido. En la primera serie, que se publicó en 1902, cuando Pulido era director general de Sanidad, expuso la deficiente situación sanitaria de España y las soluciones que, a su juicio, debían aplicarse. Acompañando a estas reflexiones, Pulido exponía qué recetas se habían aplicado en otros países para mejorar la salud pública y cuál debía ser el papel de los médicos y de los colegios profesionales en esta tarea. En “*Mi gestión sanitaria*”, ya como ex director, rinde cuentas de su gestión y se lamenta de los innumerables y poderosos obstáculos que le habían impedido cumplir eficazmente su misión.

En relación con la situación de la sanidad española –primera serie de artículos–, Pulido afirmaba que, según las estadísticas oficiales –aun reconociendo que no eran dignas de mucha confianza<sup>122</sup>– entre 1900 y 1901 habían muerto 75.076 personas por tuberculosis, y que ésta había sido la enfermedad más mortal, a gran distancia de la segunda, el sarampión, con 30.473 muertos en el mismo periodo. En estas condiciones, el país no podía crecer y ni desarrollarse económicamente, hundiéndose más y más en su secular atraso:

«Este quebranto tan grande no denuncia solamente nación que se atrasa, grandeza que decae, ciudadanos que se pierden [...]; sino que es riqueza que se destruye, millonadas que se pierden, factores de industria, de comercio, de prosperidad [...] que se anulan».

120 Publicada en 1902 (vol. 49), n<sup>os</sup>. 2.550-2.556. También apareció como libro ese mismo año, con idéntico título.

121 Publicada en 1902 (vol. 49), n<sup>os</sup>. 2.558-2.559 y 1903 (vol. 50), n<sup>os</sup>. 2.560-2.572. También apareció como libro en 1903 (García y Álvarez, 1994: 26, nota 3).

122 En efecto, las estadísticas sanitarias del siglo XIX, e incluso las de muy avanzado el XX, no eran fiables, algo que ya se sabía entonces y que se ha puesto de relieve en posteriores análisis de demógrafos e historiadores. Entre otras causas, destacan la falta de celo en la gestión del Registro Civil, la ausencia de criterios homogéneos y universales para fijar las causas de muerte, la impericia médica o el falseo de los partes de defunción, a causa del estigma que acompañaba a enfermedades como la tuberculosis (Pulido, 1916: 10s y 29s; Benítez, 1945: 76; Fernández Sanz, 1990: 260ss).

El director general de Sanidad, haciendo alarde de una inequívoca vocación regeneracionista, no exenta de pesimismo<sup>123</sup>, se escandalizaba de la indiferencia de la ciudadanía:

*«Tenemos la insensibilidad y la inconsciencia de los seres abúlicos y resignados con su desdicha, y bien sea porque no dejamos penetrar en lo hondo de nuestro espíritu la razón que hiere, o bien porque están aflojados los resortes de nuestra voluntad y carácter aceptamos con estoicismo oriental el desastre».*

A la hora de buscar culpables, Pulido se acordaba especialmente del poder político. En efecto, en 1902, España seguía ordenando su sanidad con arreglo a una ley de 1855. Mientras la medicina y la higiene habían experimentado grandes transformaciones, la regulación se había quedado desfasada, sin que las Cortes mostrasen gran interés por actualizar el marco normativo a causa de *«la índole personal y caciquil de nuestra política nacional»*. Otros motivos eran la *«política de campanario»*, las constantes crisis de Gobierno y la *«escasa ilustración sanitaria de la clase política»*.

Por otro lado, el hecho de que las cuestiones sanitarias dependiesen del Ministerio de la Gobernación, una cartera de gran peso político cuyo núcleo duro era el orden público, era otro obstáculo para que se acometiesen las reformas necesarias, pues la sanidad era generalmente menospreciada:

*«Cuando la suerte no ha llevado al desempeño de esta cartera hombres que por su cultura, su espíritu universal, su ilustración enciclopédica o sus particulares aficiones, como sucede con Moret, Dato, Aguilera..., han concedido algún interés a las materias sanitarias, todo lo que con ellas se relacionaba fue apreciado como se mira cuanto, siendo baladí y sin consecuencias, viene estorbando a lo grave y transcendental de otros asuntos».*

Tampoco había que desdeñar el factor económico, encarnado por el *«inconvencible Ministro de Hacienda»*, los *«derechos creados, las facultades absolutas de los Ayuntamientos, etc.»*, ni las escasas competencias que se habían asignado a la Dirección General de Sanidad. Sobre su propio puesto, Pulido afirmaba sin ambages que

*«hoy por hoy, mejor parece el cargo plaza creada para complacer a un amigo y concederle un sueldo, que para desempeñar uno de los servicios más delicados, complejos y hacendosos de una nación»<sup>124</sup>.*

123 Para una aproximación al talante regeneracionista de Pulido, véase García y Álvarez, 1994.

124 La actitud de Pulido fue posteriormente criticada por el Dr. Moliner (1905: 12), que le acusó de cinismo: *«Digo que quiero dimitir, sencillamente porque no tengo medios para enseñar y, aunque en realidad no es mía la culpa, no*



En este sentido, Pulido recordaba que la descentralización del aparato sanitario y la ausencia de una tutela estatal efectiva sobre la actuación de los municipios en materia de saneamiento, abastecimiento de aguas, urbanismo, entre otros aspectos, generaba grandes desigualdades:

*«Y como es de rigor que suceda, no habiendo en España, como hay en Inglaterra y otros pueblos, leyes eficazmente conminatorias que obliguen a los Ayuntamientos a cuidar y proteger la salud de los ciudadanos, acontece que la mayor o menor mortalidad de las poblaciones, y el grado de cultura higiénica, dependen de una educación sanitaria que no existe, y de un celo que no se muestra. Por esto, en España hay ciudades que regocijan y levantan el espíritu, y las hay que afligen y desalientan».*

Así, Bilbao, Cartagena, Santander, Logroño, Sevilla y hasta Madrid<sup>125</sup> se situaban entre las más aventajadas. Sin embargo, el panorama en otras poblaciones ponía en serio peligro la salud pública:

*«En cambio, hemos visto otras ciudades cuyos cuadros de miseria, suciedad, ignorancia y enfermedades, hacen pensar en las kábilas marroquíes, donde todo atraso y desolación tienen su asiento».*

Ante esta realidad, para que un director general de Sanidad pudiese erigirse en verdadero motor de la modernización, venciendo las muchas dificultades que se oponían a su desempeño, debía ser *«un hombre creyente de su ministerio, estudioso, activo, prudente y propagandista»*, *«porque quien no conoce ni cree las revelaciones de la Higiene pública, no puede ni se debe investir con la dignidad del sumo sacerdocio de sus prácticas»*. Pulido expresaba una profunda fe en la capacidad de la propaganda para inducir el cambio:

*«[El director general de Sanidad] debe ser un propagandista, porque en este círculo infranqueable donde el Director se halla encarcelado, que ni recursos ni mandatos le consienten, queda siempre a todo hombre una salida a campo de utilísimos y amplios quehaceres: la propaganda, la educación de muchedumbres y autoridades; labor necesaria y no del todo estéril en nación como la nuestra, donde la mayoría de los males se deben a la ignorancia, a la imprevisión, al poco estudio y conocimiento de la materia, cuando no a superficiales y desacertados apasionamientos».*

---

*quiero cobrar nómina que no me gano, porque no enseño. [...] Hicieran lo propio [...] esos Directores generales de Sanidad que se quejan amargamente de que no pueden hacer sanidad, con las 400.000 vergonzosas pesetas que tienen consignadas, sin perjuicio, esto, de cobrar ellos las 12.000 y pico que les vale la nómina del inútil destino».*

125 La capital llegó a ser conocida como *«ciudad de la muerte»*, una expresión acuñada por Revenga (1902). Sobre la manera en que las condiciones sociales y sanitarias influyeron en la propagación de la tuberculosis en Madrid, véase Palao, 2009.

Así, Pulido creía que «los aguaceros de libros, folletos, revistas, conferencias y apostolados de mil clases» debían llegar a todas las clases sociales: a las dirigentes, para alentar la toma de decisiones; y a las populares, para mostrarles las bondades de la vida higiénica.

Conforme a esta convicción y ante la falta de recursos para conseguir las costosas mejoras que la sanidad española exigía, el director general hizo uso de la *Gaceta de Madrid* para prevenir a la ciudadanía sobre los peligros de la tuberculosis. Nos referimos a la Circular de 1901, en la que, siguiendo el esquema clásico de las cartillas antituberculosas, se instruía sobre el origen de la enfermedad y cómo evitarla (*vid. supra*).

*«¿Es que aquí no se puede hacer ni reformar cosa alguna, porque nadie se penetra de la importancia que tiene la custodia de la Sanidad pública? Pues bien, séame lícito instruir, enseñar a la sociedad, exponerle con toda honradez y franqueza la gravedad del mal que padece y la necesidad y modos de remediarlo».*

La circular se publicó pocos días después de que César Chicote, director del laboratorio municipal de Madrid, reclamase desde las páginas de *El Imparcial* la implantación de un dispensario antituberculoso en la capital como el que Calmette había puesto en marcha en Lille<sup>126</sup>. Además de precisar que la Circular no era una reacción al artículo de Chicote, Pulido explicó su incapacidad para imitar a Calmette en los siguientes términos:

*«Cuando las imperiosas é indomables exigencias de las circunstancias por que el país atraviesa imponen a un ministro, cual hoy sucede, la dura necesidad de decir al director general de Sanidad, sin embargo de tener para su ramo un presupuesto tan miserablemente provisto que todos los servicios de la salud pública á la moderna o están absolutamente indotados o tienen insuficientes recursos: “¡no me lo aumente Vd. ni en una peseta!” ese director no tiene otro remedio, si ha de cumplir alguna misión, que dirigirse a la masa pública, [...] y decirle: “yo estudio tus males, y hélos ahí, pero ve ahí también los remedios que los pueden combatir: cúrate tú mismo, porque si esperas indolentemente del gobierno y de las autoridades lo que no te*

---

126 “Protección para el obrero tuberculoso”, *El Imparcial*, 4-X-1901, p. 1. En este artículo, Chicote explicaba el origen del dispensario, una iniciativa particular de Albert Calmette, director del Instituto Pasteur de Lille, y sus funciones: la educación higiénica de los obreros tuberculosos y su asistencia a domicilio. «En una palabra –sintetizaba Chicote–: [...] buscar y atraer, por una propaganda inteligente, los obreros atacados o sospechosos de tuberculosis, proporcionándoles a ellos consultas gratuitas y a sus familias consejos para evitar el contagio, repartiendo gratuitamente escupideras y desinfectantes, y lo más frecuentemente posible, buenos alimentos. Además, en realizar toda clase de trabajos en favor de la beneficencia pública, ejercer obras de caridad privada que permitan al enfermo interrumpir su trabajo y continuar en él en caso de curación o mejoría; asegurar, en fin, al obrero tuberculoso y a su familia toda la asistencia material y moral que les fuere necesaria».



*pueden dar; tu perdición y tu muerte son fatalmente inevitables”»<sup>127</sup>.*

Pulido también denunció que el aparato sanitario sólo se movilizaba en caso de crisis epidémica, y, además, de una manera desordenada y autoritaria, apelando a una *«dictadura violenta de la Sanidad, las más de las veces funestísima por ciega y desatinada»* (Fig. 49). En esa coyuntura, el país se sumía en la más absoluta parálisis, desatándose una histeria colectiva que los periódicos se dedicaban a alimentar, azuzando al poder político:

*«los Gobiernos recogen los clamores del general espanto que salen de la Prensa y las clases sociales todas, y pierden la serenidad; compromisos y amenazas, así internacionales como nacionales, obligan a improvisarlo todo y a disponer en horas órganos y funciones que requieren años de preparación y de estudios, y sobreviene el desconcierto sanitario»<sup>128</sup>.*

Según Pulido, este estado de cosas no hacía más que desacreditar el mismo concepto de sanidad pública, lo que a la postre imposibilitaba que existiese una demanda social de renovación:

*«Y es natural; luego acontece que esa soberanía pasajera es nuevo motivo de descrédito; y adviértase por ello lo que viene aconteciendo en España con la Sanidad. Durante muchos años, sirvieron los recursos destinados a sus servicios para que aplicaciones extrañas se los llevaran en gran parte, y se hizo notorio el descrédito de este capítulo; se suprime, y queda a las contingencias de una imperiosa necesidad, como una epidemia, arbitrar recursos extraordinarios; y cuando esto sucede, el desconcierto administrativo repite las causas y justificación del descrédito. De esta suerte [...] el concepto de la Sanidad ha venido a ser algo así como sinónimo de parasitismo, corruptela, ocasión de políticas y amistosas mercedes, cualquier cosa menos lo que la razón, la verdad y la cultura nacional piden que sea».*

Para que las cosas cambiasen, era necesario convertir la higiene y la sanidad en una suerte de *«fe viva»*, *«cuyos principios aparecen ante sus creyentes, con tanta evidencia, cuando menos, como numerosas religiones»*. Esta revolución sanitaria comportaba un cambio integral radical:

*«leyes modernas y sabias; autoridades sanitarias capaces y respetadas; presupuestos decorosos y bien administrados; clases médicas cultas, y una sociedad ilustrada que, identificándose con sus gobernantes, y comprendiendo que el bien de los pueblos es resultado de un común o general esfuerzo, aplican sus entusias-*

<sup>127</sup> “Contra la tuberculosis”, *El Imparcial*, 7-X-1901, pp. 1-2.

<sup>128</sup> Como pudo constatar Fernández Sanz (1990: 72) en el caso del cólera de 1885, los episodios epidémicos ponían al descubierto, una vez tras otra, las deficiencias de la infraestructura sanitaria, así como la imprevisión de las autoridades.

*mos y donativos a la obra altruista y mundana que la Sanidad realiza».*

El mejor ejemplo de este cambio de paradigma se encontraba en una serie de países europeos, como Inglaterra, Dinamarca, Suecia y Noruega, donde los índices de mortalidad figuraban entre los más bajos del continente; así como en Alemania, Bélgica e Italia, que habían realizado grandes progresos. En estas naciones no se había hecho otra cosa que aplicar los postulados del higienismo clásico:

*«Las bases del milagro de la higiene son las casas limpias, aireadas, luminosas; las calles también limpias, amplias, pavimentadas; el subsuelo bien ordenado, sin mezcla de aguas limpias y sucias; los ríos limpios; las fábricas higiénicas; los alimentos de calidad, vigilados; las desinfecciones frecuentes. [...] ¿Se puede dudar de esta religión? ¿Se conciben en ella escépticos ni indiferentes?».*

¿Qué podían hacer los médicos para sacar a España de su letargo sanitario? Cualquiera cosa menos limitarse a acusar al Estado de todos los males de la nación, lo que constituía un «*achaque español muy viejo*». El colectivo tenía que ver más allá de su «*misión primitiva, terapéutica*» y esforzarse en servir a la ciencia, a la sociedad y a la patria; en definitiva, servir al noble ideal del higienismo y la medicina social para «*el desarrollo de nuestra raza y el aumento de nuestro poder, nuestra riqueza y nuestra felicidad*».

*«La higiene individual, que tuvo grande importancia en el segundo tercio del pasado siglo, y abrió la era al estudio de la Higiene, [...] se ha elevado a Higiene social. De esta gran transformación parecen no haberse enterado todavía nuestras clases médicas, y por ello se puede asegurar que hay aquí en fãrfara una función transcendente, que realizará, en grado ahora incomprensible, la Medicina social, pasando desde la*

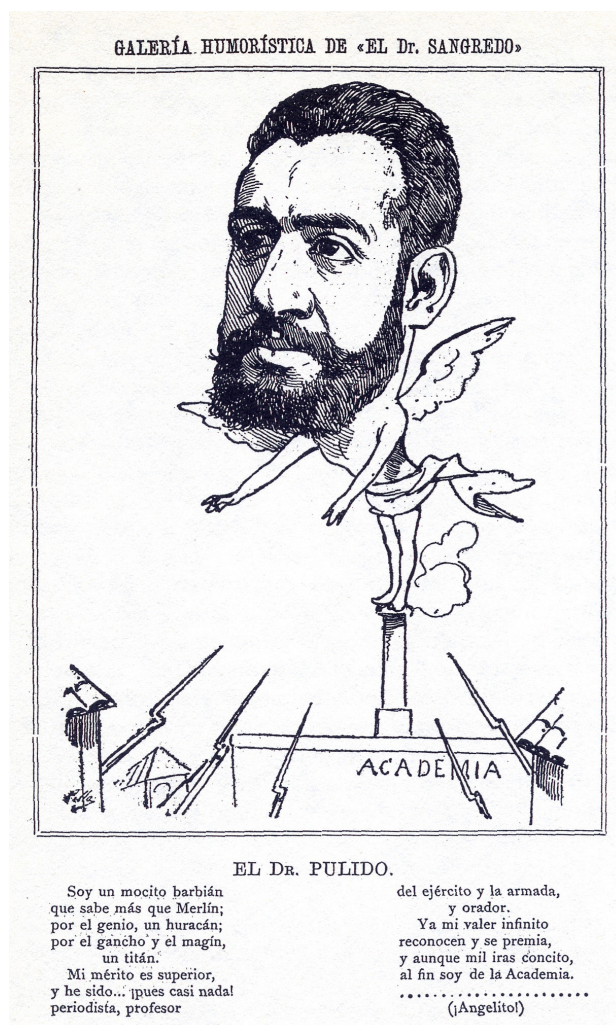


FIG. 49.— El Dr. Ángel Pulido caricaturizado como médico comprometido, polifacético y ambicioso (Fernández, 2001: 238).

*función individual, pobre y frecuentemente desairada, que hoy desempeña el profesor, hasta la de una educación y dirección de los pueblos y sociedades que en un día próximo desempeñará en España, como ya lo están desempeñando las clases análogas en otros pueblos».*

Desde este punto de vista, el médico era una especie de mesías contemporáneo, destinado a guiar al resto de la sociedad por el camino recto de la higiene.

*«Entonces, la clase médica habrá ganado las altas cimas de la aristocracia intelectual, y entonces será cuando habrá confiado a su autoridad, a su talento y a su sabiduría, así la patología del individuo, como la de las sociedades; es decir, la verdadera salud de la humanidad».*

### *La Fiesta de la Flor, modelo de propaganda y transmisión de valores*

El 3 de mayo de 1913 se celebró en Madrid la primera *Fiesta de la Flor*, una gran cuestación popular a favor de la causa antituberculosa organizada por la Liga Popular contra la Tuberculosis<sup>129</sup>. La idea ya se había planteado en el primer y segundo Congreso Español Internacional de la Tuberculosis, celebrados en 1910 y 1912 en Barcelona y San Sebastián, respectivamente, e incluso se había llevado a cabo en la capital guipuzcoana (Molero, 2001b: 40), aunque con unos resultados económicos –35.000 pesetas– modestos (Mesonero, 1920: 8). Sin embargo, la *Fiesta de la Flor*, también conocida como *Día de la Tuberculosis*, tendría en Madrid su verdadero inicio como gran acto de propaganda e importante fuente de financiación para la lucha antituberculosa.

La elección de la fecha no fue casual. Por un lado, se pretendía poner sordina al 1º. de mayo obrerista, tal y como propuso Jacinto Benavente en *Nuevo Mundo* cuando las juntas de señoras de los dispensarios de Madrid se encontraban inmersas en tales disquisiciones:

*«En ese día celebran los obreros su fiesta, y ningún día mejor para responder con un acto de amor en los de arriba, el natural anhelo de justicia en los de abajo»* (Mesonero, 1920: 16).

---

129 Sobre el origen de esta entidad, véase epígrafe dedicado al marco organizativo y normativo de la lucha antituberculosa en el presente capítulo.

Por el otro, había cierta intención de remedar la fiesta de las Cruces de Mayo, que se habían perdido en Madrid hacía años (Mesonero, 1920: 30; Colmenarejo y Fernández, 1989: 106ss). En este sentido, hay que recordar que el símbolo de la lucha antituberculosa era la cruz de Lorena o doble cruz roja (Sanz *et al.*, 2001: 47).

La cuestación se saldó con un notable éxito, que en lo económico se cifró en 113.985,81 pesetas, con las que se financiaría la construcción del sanatorio popular de Húmera (Codina, 1916: 159), y en lo propagandístico se tradujo en un creciente interés de la prensa en sucesivas ediciones. En 1914, la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, el órgano oficial de lucha antituberculosa, se hizo cargo de la organización del evento no sólo en Madrid, sino en toda España, con la colaboración de sus juntas provinciales<sup>130</sup>. Ese año, la recaudación se incrementó considerablemente, obteniéndose 144.746,42 pesetas, pero en 1915 descendió hasta 117.158,18 pesetas (Codina, 1916: 159).

La *Fiesta de la Flor*, que contó con el más firme apoyo de la monarquía y especialmente de la reina Victoria Eugenia, acabó por convertirse en un auténtico icono de la caridad. Sus raíces se hunden en un concepto de sociedad integrada y sin conflicto, en la que todos los estratos sociales conviven en perfecta armonía y contribuyen a socorrer al desvalido sin distinción, bajo el liderazgo de las élites sociales. En el Día de la Tuberculosis se dan la mano caridad, paternalismo, patriotismo... Es, por lo tanto, una manifestación clara del modelo de valores imperante, tanto en su vertiente plástica, pues posee unos rasgos externos característicos, como conceptual, en tanto que acto que consagra un sistema asistencial en el que el Estado ejerce un papel meramente tutelar.

Por todo lo que acabamos de exponer, resulta perfectamente comprensible que la primera edición de la *Fiesta de la Flor* sufriese las más aceradas críticas del Partido Socialista Obrero Español por medio de su órgano oficial, *El Socialista*. Para el periódico de Pablo Iglesias, este tipo de expansiones caritativas constituía un ejercicio de cinismo por parte de las clases dominantes, pues ellos mismos perpetuaban el estado de cosas que ponía al proletariado en trance de contraer la tuberculosis (Fig. 50). Este episodio, que, paradójicamente, acabó con la instauración de una cuestación alternativa, la *Fiesta de la Flor Roja*, y el cambio de fecha de la cuestación oficial en

---

130 Real Orden Circular de 10-VI-1914, en *Gaceta de Madrid*, 14-VI-1914.



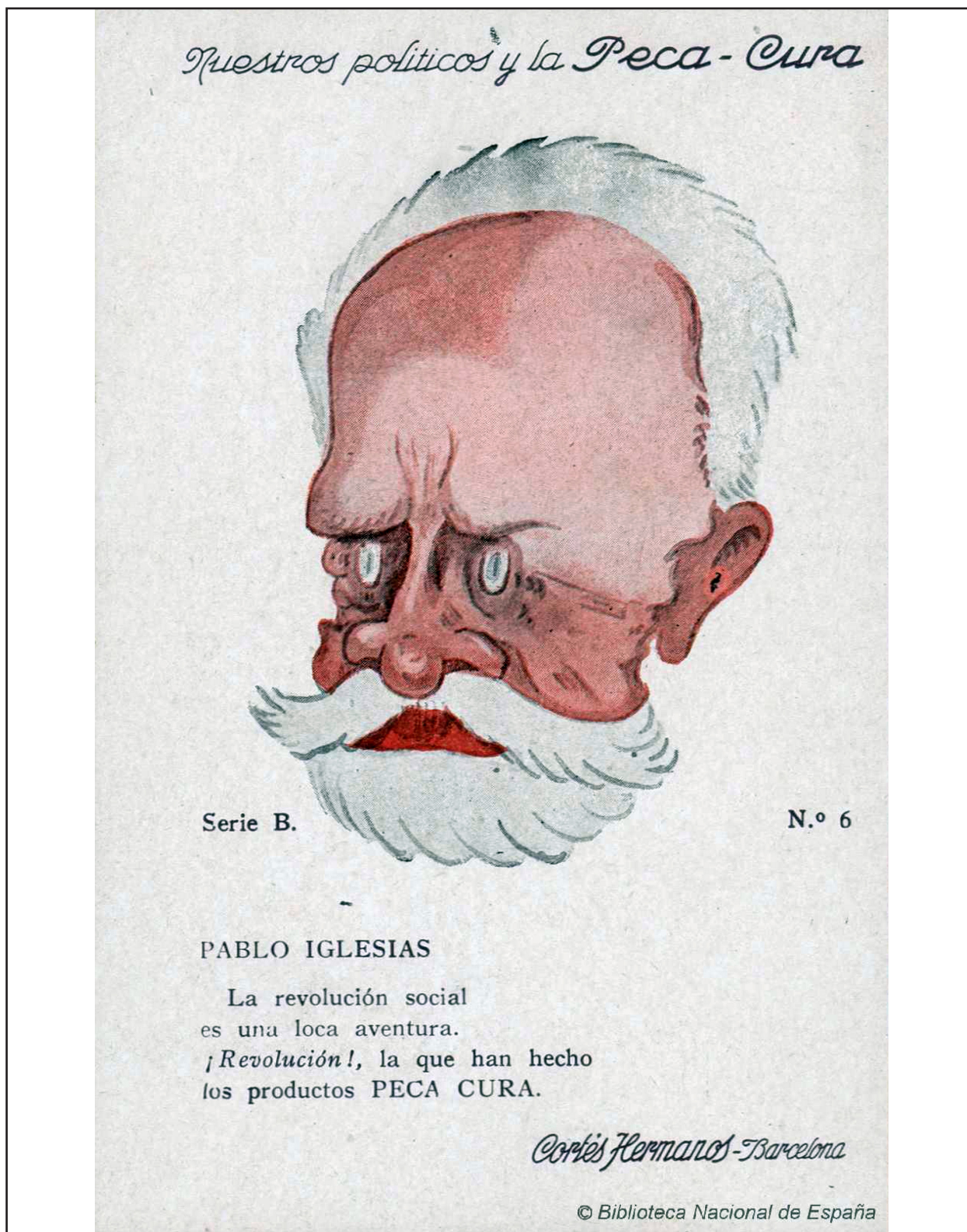


FIG. 50.— Caricatura de Pablo Iglesias, fundador del PSOE, en un anuncio de los jabones Peca Cura. El texto publicitario, aunque no alude a la lucha antituberculosa directamente, ridiculiza a principios del siglo XX las demandas obreras e invita a los socialistas a unirse a la revolución del aseo personal. Postal: Nuestros políticos y la Peca Cura: Pablo Iglesias (Cortés Hermanos, c1910-1920). Biblioteca Digital Hispánica, EPH/608(6).



años posteriores para evitar el conflicto, ha sido ampliamente estudiado por Molero (2001b).

En efecto, esta visión del problema tuberculoso era común en los círculos obreros<sup>131</sup>. Tan sólo un año antes de que se celebrase la primera *Fiesta de la Flor* en Madrid, el anarquista *Tierra y Libertad* hacía hincapié en los mismos argumentos:

*«La tuberculosis no es accidente en la sociedad moderna, sino enfermedad totius substantiae; la tuberculosis es la expresión patológica de la humanidad degenerada; y, en tanto no variemos las condiciones sociales que a esta oprimen, es absolutamente ilusorio pensar en dominarla.*

*La extensión del mal es tan horrenda, que inutiliza las mejores armas terapéuticas y dificulta la labor diagnóstica.*

*Si luego de considerar la transcendencia biológica de la tuberculosis paramos mientes en los resultados de la acción que contra ella se dirige, su desmesurada importancia se ofrece todavía en mayor grado.*

*En verdad, cuando se estudia a fondo el mecanismo de ciertas asociaciones llamadas de beneficencia, se turba el ánimo con asco insuperable ante la visión de sus vilezas»*<sup>132</sup>.

Por su parte, Miralles (2014: 695s) ha documentado un ataque similar en 1916 en la revista *El Vidrio*, el órgano oficial de los obreros del gremio: «*Es criminal hacer tísicos y luego organizar fiestas*».

Quizás fue la polémica suscitada por *El Socialista* la que condujo a que, de forma oficial y como gesto de conciliación, se determinara que las «*señoritas postulantes*» representasen a «*todas las clases sociales*»<sup>133</sup>, pero dentro de un Cuerpo de Señoritas Auxiliares de la Doble Cruz Roja seleccionado por las señoras que conformaban las juntas de patronato de los dispensarios antituberculosos de Madrid.

*ABC*, un diario que por su filiación monárquica manifestó especiales simpatías hacia la cuestión, ya había anticipado en 1914 el carácter interclasista de la postulación. Además, nos descri-

131 Esta interpretación de la tuberculosis como resultado de la explotación burguesa del proletariado no es privativa de España. Para el caso francés, véase Barnes, 2000: 435ss.

132 "Balance Social de la Tuberculosis", *Tierra y Libertad*, 20-XI-1912, p. 1.

133 Real Orden de 11-XII-1918, en *Gaceta de Madrid*, 17-XII-1918.

be un ambiente festivo en la capital madrileña:

*«Lo fundamental y característico de ella será la cuestación pública realizada por un conjunto de señoritas aristocráticas, que ponen su belleza y sus nombres ilustres al servicio de la caridad. [...]*

*[...] compartirán la tarea ese día otras hermosas jóvenes pertenecientes a las distintas clases sociales, unidas todas en un común sentimiento. Los comerciantes prestan también su concurso, y además de adquirir flores [...], adornarán sus establecimientos. Los tranvías estarán engalanados. Las bandas militares se situarán en distintos puntos de Madrid»<sup>134</sup>.*

Tampoco faltaban las estampas emotivas de la gente corriente, incluso con tintes patrióticos:

*«Cuando en la tarde del lunes era mayor la animación en la Puerta del Sol, se acercó a la mesa del Centro de Hijos de Madrid un individuo con un papel en que se leía: “Un soldado del batallón del Rey, que está en operaciones en Tetuán, pide una flor, y dará por ella 400 pesetas.” El que esto firma es Saturnino Aparicio»<sup>135</sup>.*

Ni las que humanizaban al rey, asediado por las postulantes (Figs. 51-52):

*«Ver al joven Soberano y rodearle por completo, todo fue uno. Todas ellas, al mismo tiempo, pugnaban por colocarle nuevas flores en las solapas [...].*

*—¡Viva el Rey más guapo del mundo!—gritó una de ellas.*

*—¡El más simpático!*

*—¡El más gracioso!*

*—¡Bueno!—contestaba el Rey, sin poder verse libre de ellas.*

*—¡Una florecita más!*

*—Pero, ¡si ya no tengo más dinero!*

*—¡No importa!*

*[...] Entonces D. Alfonso, con extraordinaria agilidad, dio un salto de dos metros, poniéndose a salvo de las señoritas, y continuó corriendo por la cuesta de Caballerizas, hasta el Campo del Moro»<sup>136</sup>.*

Asimismo, son frecuentes los comentarios que ponderan la belleza y la caridad de la mujer, con ciertos atisbos de machismo:

134 “El día de la tuberculosis. La *Fiesta de la Flor*”, ABC, 26-V-1914, p. 12.

135 “Por los tuberculosos pobres. La *Fiesta de la Flor*”, ABC, 3-VI-1914, p. 15.

136 “Por los tuberculosos pobres. La *Fiesta de la Flor*”, ABC, 2-VI-1914, p. 15.



FIG. 51.— Alfonso XIII y la reina Victoria Eugenia, asediados por las postulantes en el Día de la Flor en la calle Mayor de Madrid. Foto: "La Fiesta de la Flor en Madrid. El automóvil de SS.MM. al pasar por la calle Mayor, asaltado por distinguidas postulantes", ABC, 3-VI-1917, p. 1.





FIG. 52.— Alfonso XIII asaltado por postulantes en el Día de la Flor en Madrid. Foto: Archivo General de Palacio, *Imágenes del día de la Flor*, nº FO 10214821 y FO 10214822.

«Para los tuberculosos desamparados es el beneficio de la fiesta; el éxito, para la mujer madrileña, desde la dama de estirpe, que puso a su belleza el marco insuperable de la blonda, hasta la más humilde artesana, que [...] sin aspirar al pago de una sonrisa, iba a dejar su perra chica en las mesas.

[...]

Todas ellas se constituyeron a las nueve, puntualmente; con lo que el adorable sexo enemigo nos demostró que en las formaciones ciudadanas –singularmente cuando se llegase a eso del sufragio– nos dejarían muy mal a los hombres»<sup>137</sup>.

«Y ahora que tanto se habló de feminismo, les diré que esos sus paseos con la hucha cerrada son lo mejor que el feminismo inventó»<sup>138</sup>.

En efecto, la mujer acomodada acabará siendo la verdadera protagonista de la *Fiesta de la Flor*. Su bondad, su espíritu de sacrificio –según *ABC*, muchas de las postulantes se conforman con comer un bocadillo para no tener que detener la cuestación<sup>139</sup>– y sus encantos femeninos –belleza natural, elegancia en el atuendo– conforman una estampa en la que, salvo raras excepciones (Figs. 53-54), la imagen del tuberculoso es la gran ausente. Siempre siguiendo a *ABC*, encontramos ejemplos palmarios del carácter de gran acto social femenino que adquirió la cuestación en los años 20<sup>140</sup> (Figs. 55-57).

No faltan, sin embargo, los guiños al movimiento obrero, aunque desde la particular perspectiva del diario. Así, en 1918, cuando el país vivía el momento de mayor crispación que se había conocido desde la Restauración del régimen monárquico (Ruiz González, 1987: 503), el diario se esforzó por destacar la participación de los trabajadores en la *Fiesta de la Flor*:

«Una vez más el pueblo de Madrid ha respondido generosamente al nombre requerimiento de la caridad. Ni las angustias económicas del momento mundial, que tan sensiblemente se dejan sentir en España, y de manera especial en las clases media y obrera, ni las maniobras de los maledicentes y suspicaces [...] han sido argumentos de fuerza para contener o aminorar el impulso dadivoso de los madrileños, y, sobre todo –hay que consignarlo ante la multiplicidad del ejemplo–, de los obreros, los primeros que han sentido en los

137 “Por los tuberculosos pobres. La *Fiesta de la Flor*”, *ABC*, 3-VI-1915, p. 13.

138 Ortega Munilla, J.: “Ante la *Fiesta de la Flor*”, *ABC*, 5-VI-1920, p. 5.

139 *Ibid.*

140 Podemos mencionar el ejemplo de Sevilla, donde su junta provincial antituberculosa editaba anualmente una memoria en la sobresale, por encima de todo, un amplísimo reportaje fotográfico sobre las mesas petitorias.





FIG. 53.— Niños madrileños con rumbo al sanatorio antituberculoso de Pedrosa, en 1916. Foto: "Una expedición infantil", Blanco y Negro, 16-VII-1916, p. 11.



FIG. 54.— Enfermos de ambos sexos en las galerías de cura del sanatorio antituberculoso de Valdelatas, en 1920. Foto: "Real Sanatorio Victoria Eugenia de Valdelatas", ABC, 3-VI-1920, p. 6.





MADRID. LA FIESTA DE LA FLOR

BELLAS Y DISTINGUIDAS DAMAS HAN PRESTADO EFICACISIMO CONCURSO A LA FIESTA DE AYER. HE AQUI ALGUNOS INTERESANTES GRUPOS: 1, LA MESA DE LA CALLE DE GOYA, DE IZQUIERDA A DERECHA: SRTAS. DIE, MONTESON, SEMPRUN, DUQUESA DE LA VICTORIA (PRESIDENTA) Y SEÑORA DE LERSUNDI. 2, EN LA HORCHATERIA DE LA CASTELLANA: SRTAS. DE BORBON, MARQUESA DE VILLAVICIOSA, KOBBE, ICAZA, BUENA ESPERANZA Y MORENO OSSORIO. 3, LAS SRTAS. BERGAMIN, DATO, SRAS. IRADIER DE BENITO Y DATO DE ESPINOSA DE LOS MONTEROS Y PRINCESAS MARGARITA Y FABIOLA MASSIMO DE BORBON. 4, EL CONDE DE ROMANONES, AL SALIR DE SU CASA, ATIENDE LA PRIMERA SOLICITUD DE LAS SEÑORITAS POSTULANTES. 5, LA MESA DE LA PUERTA DEL SOL, PRESIDIDA POR LA MARQUESA DE PORTAGO (A) Y LA CONDESA DE SAN LUIS (B). (FOTOS DUQUE Y ZEGRI)

FIG. 55.— Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1920. "Madrid. La Fiesta de la Flor", ABC, 8-VI-1920, p. 4.








#### MADRID. LA FIESTA DE LA FLOR




1, SU MAJESTAD EL REY (A), CONVERSANDO CON LOS SRES. SANCHEZ GUERRA (B) Y CONDE DE ROMANONES (C) EN EL PUESTO DE LA CONDESA DE ROMANONES. 2, DISTINGUIDAS POSTULANTES ASALTANDO UN COCHE. 3, D. ALFONSO XIII (A), EN EL PUESTO DE LA CONDESA DE ROMANONES (B). 4, PUESTO PETITORIO DE LAS MARQUESAS DE CAÑADA HONDA Y DE LA FRONTERA. 5, PUESTO DE LA MARQUESA DE VALDEOLMOS. 6, LA SEÑORITA PALOMA FALCO, HIJA DE LOS DUQUES DE MONTELLANO, DURANTE LA RECAUDACION, (FOTOS DÚQUE, LARREGLA Y ZEGRI)

FIG. 56.— Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1922. "Madrid. La Fiesta de la Flor", ABC, 27-V-1922, p. 5.



MADRID DIA 9 DE  
JUNIO DE 1925  
NUMERO SUELTO  
10 CENTS.   

# ABC

DIARIO ILUSTRADO. AÑO VIGESIMO PRIMERO  
N.º 7.000   

MADRID: UN MES, 3 PESETAS. PROVINCIAS: TRES MESES, 9. AMÉRICA Y PORTUGAL: TRES MESES, 10 PESETAS. EXTRANJERO: TRES MESES, 25 PESETAS. REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: SERRANO, 55, MADRID. APARTADO N.º 43



FIG. 57.— Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1925. "Madrid en la Fiesta de la Flor", ABC, 9-VI-1925, p. 1.

*individuos de sus familias los incomparables beneficios de esta humanitaria colecta anual»<sup>141</sup>.*

En sendos artículos de opinión, José Ortega y Munilla hizo llamamientos a la participación para salvar a los niños pobres de su terrible destino. A su juicio, si la tuberculosis se enseñoreaba en las clases bajas era debido a la falta de generosidad y de espíritu cristiano de las grandes fortunas:

*«los dueños de caudales copiosos que no acuden con sus dádivas a la obra, he de declararlo enérgicamente, me inspiran el máxime desdén.*

[...]

*Allá, en las casas de vecindad del Avapiés [sic] y de Segovia, esperan millares de niños la lluvia de monedas que han de sacarlos al aire libre, ponerlos en el tren que ha de llevarlos a las costas del Norte y del Noroeste, donde encontrarán salud y fortaleza...»<sup>142</sup>.*

*«Cuando seáis viejos os acordaréis de las pesetas que entregasteis para los niños enfermos. Y quién sabe si esa caridad habrá de redimiros de vuestras culpas... Porque Dios preside la obra y la bendice»<sup>143</sup>.*

La *Fiesta de la Flor* continuó celebrándose en diversas ciudades hasta la proclamación de la Segunda República, periodo durante el cual prácticamente se abandonó, y se retomó en 1945, en plena posguerra.

#### *Tuberculosis y debate público. El papel del diario El Sol*

Otro debate digno de reseñar se inició el 15 de octubre de 1925 en el diario *ABC*. Ese día, el Dr. Codina Castellví, director del sanatorio de Valdelatas, publicó un artículo<sup>144</sup> en el que, ponderando las excelencias del centro y sin escatimar elogios y parabienes a todos sus benefactores, aseguraba que la lista de espera excedía largamente la capacidad de las instalaciones. Era urgente, pues, que los poderes públicos tomaran alguna determinación para que los 168 enfermos que

141 "Obra piadosa. La *Fiesta de la Flor*", *ABC*, 16-VI-1918, p. 13.

142 Ortega Munilla, J.: "Ante la *Fiesta de la Flor*", *ABC*, 5-VI-1920, p. 4.

143 *Ibid.*: "Chispas del yunque. La *Fiesta de la Flor*", *ABC*, 15-V-1921, p. 16.

144 Codina Castellví, J.: "Real Sanatorio de Valdelatas", *ABC*, 15-X-1925, p. 25.



esperaban tratamiento pudiesen ser atendidos urgentemente, siquiera con algún tipo de fórmula provisional, mientras no se finalizaran las obras del nuevo pabellón que se encontraban en marcha. No se trataba únicamente de facilitarles los debidos socorros clínicos, sino también de evitar más contagios.

Merece la pena reproducir a continuación un breve extracto del artículo por el interés de algunas informaciones sobre la financiación del sanatorio, sus instalaciones y servicios. El tono del discurso es igualmente significativo:

*«Sería ocultar la verdad si no afirmáramos decididamente que la augusta y predilecta protección de S.M. la Reina doña Victoria representa el principal factor de la reputación adquirida; [...] El pueblo de Madrid, con el apoyo anual que le presta en el día de la Fiesta de la Flor; las nobles damas que rivalizan en sus meses la más copiosa recaudación; los títulos nobiliarios y nombres de acaudalados que sostienen pecuniariamente las camas; las buenas disposiciones inspiradas en la más rigurosa probidad de presidente-delegado y del secretario del Real Patronato; [...] unidos a la fiel comprensión de las necesidades sanatorias por la Comunidad de Mercedarias [...].*

*Aquel primitivo Sanatorio, [...] tiene actualmente otro pabellón, debido a la munificencia de la señora marquesa de Argüelles; cuenta con sala de curas y de operaciones, biblioteca y estufa de desinfección, merced a un legado que, [...] me hizo una cliente mía, [...] y en virtud de esas almas buenas y caritativas, [...] posee una perfecta instalación de rayos X, un excelente laboratorio fotográfico, y, para complemento y solaz de los enfermos, un teatro desmontable, gramófonos, aparato radiotelefónico y en esbozo de Granja agrícola».*

Como podemos observar, no hay una sola crítica al sistema benéfico en el que se inserta el establecimiento, tan sólo una petición a la «superioridad»:

*«Mientras se convierten en realidad los bonísimos propósitos de nuestra augusta Soberana, [...] es urgentísimo salir de la situación angustiosa del momento, la cual irá aumentando progresivamente, como la bola de nieve».*

Tres semanas después, *ABC* volvió sobre el asunto haciéndose eco de que el Dr. Codina había remitido al rotativo un nuevo artículo, que no pudo publicarse por «exigencias de espacio». Sin embargo, desde el diario se indicaba que el director del sanatorio abundaba en la gravedad de la situación expuesta con anterioridad, pues la lista de espera continuaba creciendo sin remisión. Nuevamente, Codina confiaba en el «buen deseo que anima a las autoridades sanitarias y a su

*competencia»*<sup>145</sup>.

En definitiva, Codina había llevado a la arena pública una situación que debía ser bien conocida por el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa, al que él mismo pertenecía como asesor técnico. Parece lógico pensar que, pese a la utilización de un discurso que de ningún modo cuestiona la organización institucional y el régimen económico de la lucha antituberculosa, el único motivo que empujó a Codina a dar el paso fue la falta de respuestas y soluciones por los cauces reglamentarios.

Al hilo de estas manifestaciones, el Dr. Tomás de Benito Landa decidió publicar en el diario *El Sol* un duro ataque tanto hacia la actitud de Codina como hacia la pasividad de las autoridades sanitarias. Para De Benito, el grave problema de la tuberculosis no se solucionaría con las sesenta camas adicionales que reclamaba el director de Valdelatas, pues sólo en Madrid existían 20.000 enfermos:

*«¿no comprende el doctor Codina que no es ése el camino ni el procedimiento para resolver, ya sea en una mínima parte, el magno y pavoroso problema de la tuberculosis en Madrid? ¿No ve en esto el doctor Codina, y en “algo más”, que no es el momento de decir la razón del porqué las autoridades sanitarias se encuentran en cierto modo remisas a escucharle y aliviarle “el grave problema de Valdelatas”?»*<sup>146</sup>.

¿A qué se refería De Benito cuando aseguraba que había «algo más» que dificultaba una respuesta positiva de las autoridades sanitarias? La respuesta hay que buscarla en el conflicto que los médicos de la lucha antituberculosa oficial mantenían con éstas, y que desembocó en la creación de una Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa en la denominada *Conferencia de La Fuenfría*, en septiembre de 1925. Este colectivo, concebido como un verdadero grupo de presión, reclamaba al Estado que se hiciese cargo de la lucha directamente, sin mediar ningún tipo de patronato ni personas ajenas al ámbito médico; que se crease un escalafón de médicos de dispensarios, con sus correspondientes retribuciones<sup>147</sup>; que se cumpliese la declaración obligatoria de la tuberculosis, tal y como estaba legislado; que se diese mayor importancia a los dispensarios,

145 Codina Castellví, J.: “Se agrava el problema de Valdelatas», *ABC*, 8-XI-1925, p. 22.

146 Benito Landa, T. de: “Se agrava el problema de Valdelatas”, *El Sol*, 11-XI-1925.

147 Tras muchas vicisitudes y desencuentros entre los sucesivos Gobiernos y los tisiólogos, habría que esperar a 1935 para que se creara el Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado (Molero, 1989a: 368).

como figura central de la lucha antituberculosa; y que se creasen más sanatorios, hospitales, obras para la reeducación laboral de los tuberculosos e instituciones para la colocación familiar de niños. Para financiar esta nueva organización de la lucha antituberculosa, se solicitaba igualmente que se pusiese en marcha un seguro social contra la tuberculosis (Molero, 1989a: 320ss).

A finales de diciembre, *El Sol* volvió a recoger algunas consideraciones de De Benito sobre el rumbo que, a su juicio y al del Dr. Ferrán, inventor de la vacuna anti-alfa contra la tuberculosis, debía tomar sin dilación la lucha antituberculosa en España. Para ambos, el problema debía enfocarse desde el prisma de la profilaxis, pues su origen era social, y de acuerdo a criterios científicos. Sin embargo, nada de eso se hacía y la enfermedad seguía causando estragos. Sobre el conformismo de la ciudadanía, Benito afirmaba que

*«En otro país se oirían protestas, quejas, lamentaciones de parte de la sociedad, por la inactividad con que se lleva este vitalísimo asunto. En España todo el mundo se queda tan tranquilo, pero es porque aquí la gente no espera nada [...]. A este propósito no puedo menos de dar publicidad a otro párrafo muy elocuente de la carta del doctor Ferrán: Los organizaciones llamadas de lucha contra la tuberculosis, integradas por médicos, burócratas y filántropos, se extienden de día en día, alcanzando su presupuesto cifras muy respetables: [...] y todos ellos, confundiendo la caridad para mitigar el dolor de los enfermos pobres con la práctica de la verdadera higiene, se oponen, cada cual a su modo, a la acción de los que, como yo, somos partidarios de la gran higiene»<sup>148</sup>.*

Todavía se publicarían dos artículos más de De Benito, como continuación a estas reflexiones sobre el modo en que la lucha antituberculosa se había organizado en España, con sus funestas consecuencias. En enero, el médico puso de manifiesto la falta de entendimiento que existía entre los integrantes de la sección técnica del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa y los de la sección administrativa, integrada por aristócratas ajenos al mundo de la medicina, sugiriendo que los primeros no disponían de la suficiente libertad para actuar<sup>149</sup>. Sin embargo, en febrero De Benito exculpó a la sección administrativa de toda culpa y lanzó duras acusaciones contra los técnicos:

*«pecaríamos de injustos si no hiciéramos la obligada salvedad de dejar un lado, respetuosamente, la actuación de la Sección administrativa del Patronato, de la que nada tenemos que decir si no es alabar sus buenas intenciones y deseos al prestar su valiosa cooperación personal [...].*

148 De Benito Landa, T.: "La lucha antituberculosa", *El Sol*, 24-XII-1925, p. 4.

149 *Id.*: "A propósito de un nombramiento", *El Sol*, 2-I-1926, p. 4.

*¿En dónde radica el secreto de la inactividad del Patronato y en quién ha de recaer la censura? Pues en quienes, con carácter de técnicos, les encomendaba el Real decreto de creación de dicho organismo las funciones de consulta y propuesta.*

*Que nosotros sepamos, en el año y medio que llevan actuando en la Sección técnica, no han hecho nada que tenga un valor efectivo y ni siquiera han aconsejado variar los rutinarios procedimientos de lucha que hasta la fecha se han seguido aquí. No se han creado Dispensarios, [...].*

*No se ha verificado reforma alguna en los actuales dispensarios que, por su arcaica y deficiente organización, no rinden fruto eficaz alguno en el terreno social.*

*Tampoco han suscrito ni han presentado ponencia alguna en que se estudiaran y plantearan problemas de verdadera defensa [...], como, por ejemplo, la creación de cajas de mutualidad para enfermos, seguro de enfermedad, mejoramiento de la vida, en su mísera alimentación, vivienda insalubre, etcétera, etc.; [...].*

*Ni conferencias, ni trabajos de divulgación social de los medios de higiene de que debe prevalecer el enfermo y el sano que lo rodea»<sup>150</sup>.*

Esta crisis, como hemos visto en otra parte, se resolvió con una reestructuración del Real Patronato, que supuso la supresión de la sección técnica y la asignación de la gestión y supervisión técnica a la Dirección General de Sanidad<sup>151</sup>.

En los meses siguientes, De Benito asumiría un papel decisivo en el debate público sobre la organización de la lucha antituberculosa, siempre en las páginas de *El Sol*, que en palabras del propio médico siempre se había mostrado «*propicio a recoger y defender en sus columnas toda campaña noble, humanitaria y verdaderamente patriótica*». El 18 de marzo, De Benito abrió «*una encuesta sobre el magno problema de la lucha social contra la tuberculosis en España*», dirigida a «*algunas personas que integran el Real Patronato, tanto de su Sección técnica como administrativa, así como también de algunos médicos de Madrid y otros que viven en provincias, que, sin pertenecer a dicha institución, tienen un irrefutable y sólido prestigio en la Medicina española*»<sup>152</sup>. Le guiaba en todo momento un espíritu constructivo:

<sup>150</sup> *Id.*: "Balance de una actuación", *El Sol*, 2-II-1926, p. 4.

<sup>151</sup> Véase epígrafe dedicado al marco normativo y organización de la lucha antituberculosa en el presente capítulo.

<sup>152</sup> De Benito Landa, T.: "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 18-III-1926, p. 2.

*«No pretendemos enconar el problema [...]. Nuestro propósito es desentrañarlo, procurando despejar las incógnitas que han impedido su mediata solución.*

*El objeto de nuestra crítica es noble, generoso; es, sencillamente, el de estimular, excitar las actividades un tanto adormecidas de quienes hace tiempo dirigen este asunto y que en justicia, quizá, no sean responsables más que del pecado del silencio»<sup>153</sup>.*

El cuestionario contenía preguntas diferenciadas según el participante se adscribiese a la sección técnica o a la administrativa. A los primeros se les inquiría sobre el grado de eficiencia del Real Patronato en aquel momento y sobre qué modelo de organización preferían. También se les pedía que aproximasen un presupuesto que pudiese satisfacer su propuesta organizativa, y que diesen su opinión sobre el grado de participación que el Estado y entidades ajenas a él debían tener en la lucha contra la tuberculosis.

A los segundos también se les inquiría por la eficiencia que, a su juicio, tenía el Real Patronato. Seguidamente, se les preguntaba por la atención que prestaban a las propuestas de la sección técnica; también si estimaban adecuada la participación que tenía el Estado en aquel momento, y sobre las ideas y proyectos que podían aportar para acrecentar los recursos de la institución.

El hecho de que fuese el diario *El Sol*, y no otra cabecera, el elegido por De Benito para formular estas preguntas –y publicar las correspondientes respuestas– no es baladí. *El Sol* era un diario marcadamente laicista y progresista, leído sobre todo por «*intelectuales, profesionales progresistas y la burguesía dinámica y reformista de las provincias más desarrolladas*» (Seoane y Saiz, 2007: 168). En un editorial dedicado a la lucha antituberculosa, en plena campaña de De Benito, el periódico ligaba indisolublemente el éxito de la lucha antituberculosa a la prosperidad de España, y consideraba que, por fin, el tema se encontraba en la agenda de políticos y medios de comunicación:

*«Frecuentemente, especialistas de muy autorizada competencia publican en EL SOL y en otros periódicos artículos sosteniendo la doctrina que se viene predicando desde que el catedrático de la Universidad de Valencia, doctor Moliner, hiciera de su propaganda un verdadero apostolado. Ya el Poder público parece convencido de que combatir la tuberculosis [...] es un deber del Estado, ni accesorio ni suntuario, sino deber*



*fundamental, como la difusión de la enseñanza o la guarda del orden público o la administración de Justicia.*  
[...]

[...] *Pocas sumas podrán llevarse al presupuesto de gastos de la nación que con más razón y verdad deban considerarse reproductivas. Arrancar a la muerte treinta y cinco mil vidas cada año de niños y de jóvenes, logrando prolongarlas hasta su término natural, representa cada década medio millón de habitantes más en el censo nacional; medio millón de trabajadores, de productores, de creadores de riqueza, de contribuyentes al Erario nacional. Gastar diez millones, quince, veinte, más aún, en salvar esta población no es un gasto excesivo ni estéril»*<sup>154</sup>.

Durante aproximadamente cinco meses, el periódico reprodujo las respuestas al cuestionario de Aurelio Ramos, laringólogo del dispensario antituberculoso de Málaga; Antonio Espina y Capo; Plácido Peña Novo, médico del dispensario de La Coruña; Román García Durán, inspector general de Sanidad Interior; M. Gil Casares; Álvaro Presta, director del dispensario del paseo de San Juan, en Barcelona; Luis Sayé; Eduardo Gallego, ingeniero y miembro del Consejo de Sanidad; Ángel Navarro Blasco, presidente de la Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa; Felipe García Triviño, profesor del Real Dispensario María Cristina, de Madrid; José Alberto Palanca; Manuel Tapia, director del Hospital del Rey; Rogelio Buendía, director del dispensario de Huelva; y el Dr. Murillo, director general de Sanidad. Declinaron el ofrecimiento, por lo tanto, los miembros de la sección administrativa del Real Patronato.

Aunque en este debate afloraron cuestiones muy diversas, dos de ellas se nos antojan fundamentales: la posibilidad de que el Estado asumiera enteramente la lucha antituberculosa, es decir, que se prescindiera de cualquier tipo de entidad de carácter benéfico; y el eterno problema de la financiación, uno de los escollos más duros para el desarrollo de las políticas contra la enfermedad en su amplio universo de actuación. Son, sin duda, dos debates que estarán muy vivos en toda la literatura antituberculosa de la época, en la prensa médica y, como vemos, en la generalista.

Las primeras respuestas publicadas por *El Sol* fueron las de Aurelio Ramos, que consideraba que el Real Patronato no tenía ninguna razón de ser porque la lucha antituberculosa debía ser una función privativa del Estado<sup>155</sup>, añadiendo que

154 "Combatir la tuberculosis es deber del Estado", *El Sol*, 23-VI-1926, p. 5.

155 Ramos Acosta, A.: "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 30-III-1926, p. 2.

*«el problema de la tuberculosis es un problema social, y de ello no cabe duda; pero también son problemas sociales el financiero y el jurídico y el agrario, y a nadie se le ha ocurrido encomendarlo para que lo resuelvan a las damas ni a los aristócratas; una cosa es buscar apoyo en quien lo pueda prestar y otra relegar la iniciativa y la acción y la autoridad en quien no está capacitado para ello»<sup>156</sup>.*

Sin atreverse a calcular una cifra con la que la lucha antituberculosa sería efectiva, proponía, asimismo, un *«ligero impuesto sobre el lujo»* para financiarla. Los médicos debían estar convenientemente retribuidos y la gestión, descentralizada<sup>157</sup>.

Por su parte, Espina y Capo<sup>158</sup> aprovechó la invitación de De Benito para repasar su trayectoria como cabeza visible de la lucha antituberculosa institucional desde su primer intento de crear una asociación contra la enfermedad, en 1889<sup>159</sup>. Sobre el momento en que escribe, Espina consideraba que se había fijado excesivamente la atención en el aspecto social, lo que podía degenerar en que la lucha antituberculosa se convirtiese en *«una Sociedad de protección sin otro carácter que el del socorro»*<sup>160</sup>.

Haciendo memoria sobre su desempeño al frente de la Comisión Permanente, Espina se lamentaba de haber tenido presupuestos muy pobres, mientras las actuaciones que el Estado acometía sin la mediación de la Comisión disponían de fondos mucho más abundantes.

En cuanto a las funciones de la sección técnica del Real Patronato, Espina entendía que debía *«conocer y dirigir al detalle todos los establecimientos»*, *«intervenir en la propaganda científica y social»*, crear un instituto para la formación del personal médico de la lucha antituberculosa y participar activamente en la elaboración de los presupuestos, sin desdeñar la investigación científica y social.

---

156 *Ibid.*, 31-V-1926, p. 4.

157 *Ibid.*, 30-III-1926, p. 2.

158 “La lucha antituberculosa en España. Diciembre de 1889-Marzo de 1926”, *El Sol*, 22-IV-1926, p. 6.

159 En el presente capítulo, en los epígrafes dedicados al marco normativo y organizativo y a la asistencia socio-sanitaria, se ha dado cumplida cuenta de la constante presencia de Espina y Capo en las instituciones antituberculosas durante todo el periodo de referencia.

160 “La lucha antituberculosa en España. Diciembre de 1889-Marzo de 1926”, *El Sol*, 22-IV-1926, p. 6.

En definitiva, Espina pedía que, de una vez por todas, se afrontase la lucha antituberculosa desde una perspectiva global: «*Nada de más decretos parciales que no abarquen el problema total*».

Por su parte, el Dr. Peña Novo<sup>161</sup> era partidario de que el Estado asumiese la lucha antituberculosa «*como función privativa*», aunque en coordinación con diputaciones y ayuntamientos, a los que dotaría de fondos *ad hoc*. Asimismo, tenía la firme convicción de que la genuina base de la lucha antituberculosa era el dispensario, pero en condiciones de cumplir su importante misión social, es decir, dotados de «*personal idóneo bien pagado*». Para Peña Novo, las funciones más relevantes de los dispensarios tenían que ver con la educación, tanto para tratar a los enfermos como para prevenir el contagio en los sanos, haciendo de la higiene un «*culto*»:

«Conceptuamos como labor la más importante del dispensario la educación higiénica del pueblo, el aumento, no del nivel intelectual del mismo, sino de su cultura higiénica, por medio de folletos, carteles, cursillos, conferencias y una brigada sanitaria que, además de inspeccionar a domicilio la fiel observancia de los preceptos higiénicos emanados del dispensario, en el domicilio explique prácticamente al tuberculoso la conducta a seguir, por propio interés y por respeto a la comunidad, y al sano los peligros del contagio y los medios conducentes a evitarlo».

Román García Durán<sup>162</sup> contestaba al cuestionario de De Benito con dos conclusiones tan sencillas como contundentes, lo cual no deja de resultar significativo si atendemos al puesto que aquél desempeñaba en la Administración sanitaria. En primer lugar, García Durán afirmaba que la lucha antituberculosa en España era «*deficientísima*», «*poco menos que inútil*». Seguidamente, afirmaba que la única solución al problema de la tuberculosis era la instauración de seguros sociales que permitiesen «*socializar la Sanidad y la Beneficencia*», para que trabajadores, empresarios y Administración compartiesen la financiación del sistema.

Por lo que respecta al Dr. Gil Casares<sup>163</sup>, las respuestas al cuestionario no sólo contenían sus consideraciones personales sobre la lucha antituberculosa, sino también encendidos elogios al director general de Sanidad, Dr. Murillo, al presidente del Real Patronato y a su secretario. En

161 "La lucha antituberculosa en España", 1ª. parte, *El Sol*, 4-V-1926, p. 6.

162 *Ibid.*, 2ª. parte.

163 *Ibid.*, 3ª. parte.

el ámbito puramente técnico, Gil Casares proponía la receta clásica del higienismo, así como la organización a gran escala de colonias escolares donde los niños pudiesen fortalecer su organismo en entornos saludables, pasando por la hospitalización del mayor número posible de enfermos. El papel del Estado sería de dirección, vigilancia y ayuda eficaz.

Por su parte, Álvaro Presta<sup>164</sup> proponía que el Estado asumiese un amplio programa higiénico que beneficiase a toda la sociedad –vivienda, entorno laboral, etc.–, aislando además a los contagiosos y financiando obras para la protección de la infancia. El sostén básico del sistema sería el seguro social de la tuberculosis. En cuanto al papel que debían asumir otros organismos, Presta creía que seguirían siendo necesarios mientras el Estado no consiguiera asumir la asistencia pública de los tuberculosos ni poner en marcha el seguro. En este sentido, era necesario «*amplificar y difundir al máximo la campaña de educación sanitaria y antituberculosa, valiéndose de todos los medios de publicidad posible: periódicos, folletos, anuncios, mítines, etc. etc.*». Sin embargo, era muy consciente de que las condiciones de vida del español medio dificultaban la aplicación práctica de las enseñanzas higiénicas:

*«aquí, donde la carestía de la casa y de los alimentos merma en tan alto grado el presupuesto de ingresos de la clase obrera y de la media, ¿cómo es posible que aun en las grandes ciudades tengan los hábitos de limpieza corporal, bañándose con la frecuencia necesaria, cuando un baño cuesta 2,50 o 3 pesetas? ¿Cómo es posible hacer aislamiento y selección de los enfermos tuberculosos, si faltan por millares las camas de hospital [...]? ¿Cómo es posible evitar el hacinamiento y, por ende, la convivencia con enfermos tuberculosos y de otras clases, si para conseguir habitación [...] las clases proletarias han de juntarse dos, tres o más familias para poder pagar un piso en las grandes urbes? ¿Y cómo, en fin, es posible atajar el constante progreso de la endemia tuberculosa si la morbilidad general no decrece, sostenida, sobre todo, por la escasez de agua potable de qua adolecen la mayoría de las poblaciones españolas, en muchas de las cuales, sobre ser escasas, están mal defendidas de poluciones infectantes?».*

Luis Sayé<sup>165</sup> prefirió, en lugar de manifestarse sobre las preguntas formuladas por De Benito, que se publicase un extracto de un trabajo suyo presentado al Congreso de la Semana Tuberculosa, celebrado en 1924. En esta comunicación, Sayé defendía para España el modelo francés de lucha antituberculosa, basado en una Asociación Nacional. Este organismo se encargaría de realizar las campañas y estudios necesarios para mejorar los «*medios indirectos de lucha*», esto es, vivienda,

164 "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 14-V-1926, p. 4.

165 "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 18-V-1926, p. 6.

educación higiénica y legislación, y de dictar la política antituberculosa, con financiación estatal y privada.

Por su parte, Eduardo Gallego<sup>166</sup> aportó un enfoque propio de su especialidad, la ingeniería, muy centrado en salubridad y urbanización. De hecho, consideraba que estos factores eran los más determinantes en materia de prevención:

*«Entre los medios profilácticos utilizados en la lucha contra la tuberculosis, deben, en resumen, predominar los que tiendan al saneamiento de suelo y subsuelo de las poblaciones y a mejorar las condiciones higiénicas de las viviendas, debiendo, a mi juicio, servir de norma dicho precepto si se quiere alcanzar resultados eficaces en la lucha nacional contra la peste blanca»”.*

Ángel Navarro<sup>167</sup>, como representante de la Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa, se remitió a las conclusiones de la asamblea fundacional de esta agrupación, celebrada en septiembre de 1925 en el sanatorio de La Fuenfría, y de las que ya hemos dado cuenta en capítulo.

La postura de Felipe García Triviño<sup>168</sup> era especialmente crítica con el estilo que se le había imprimido a la lucha antituberculosa hasta entonces, asegurando que el problema no se podía resolver con un *«simple esfuerzo de caridad privada, a todas luces insuficiente»*, ni con un enfoque exclusivamente clínico. Por eso, se hacía imprescindible incorporar la lucha a la organización sanitaria oficial, y que se arbitrasen más medidas de higiene, previsión y protección social:

*«es preciso que la gente sepa, [...] que el problema de la tuberculosis es un problema social, [...] y que si lucha contra la tuberculosis se hace en las consultas de los dispensarios, en las galerías de los sanatorios y en las salas de los hospitales, mucha más lucha contra la tuberculosis se hará recabando la protección de la tuberculosa embarazada, protegiendo la infancia indefensa [...], implantando el seguro contra la enfermedad con la directa intervención del Estado, haciendo obligatoria la declaración de la tuberculosis, prodigando las colonias escolares y las escuelas al aire libre, [...] favoreciendo el abaratamiento de las subsistencias, combatiendo la casa-cubil y la casa-colmena, [...] intensificando la higiene industrial, etcétera».*

---

166 “La lucha antituberculosa en España. La vivienda insalubre y la urbanización”, *El Sol*, 4-VI-1926, p. 4. Gallego Ramos fue un incansable defensor de la “casa higiénica”, director de *La Construcción Moderna* y autor de numerosos trabajos sobre ingeniería y arquitectura sanitaria (VV.AA., 2011: 82ss). En relación con la tuberculosis, destacan *Relaciones entre la tuberculosis y la habitación. La casa salubre* (1908) y *Urbanización y tuberculosis* (1913).

167 “La lucha antituberculosa en España”, *El Sol*, 7-VI-1926, p. 1.

168 “La lucha antituberculosa en España”, *El Sol*, 17-VI-1926, p. 2.



José Alberto Palanca tenía, sin embargo, una visión positiva del Real Patronato, aunque reconocía que su papel se limitaba a lo meramente asistencial. Por ello era necesario que el Estado procurase las mejoras necesarias para evitar la propagación de la tuberculosis, es decir, «*reformando las costumbres, aumentando la cultura y mejorando las condiciones de vida*»<sup>169</sup>, que era lo que constituía la verdadera lucha contra la enfermedad.

*«Hacen falta ciertamente muchos sanatorios y muchos hospitales para tuberculosos; pero hacen falta precisamente por el fracaso de la lucha [...] contra la enfermedad, y podría suceder, si los esfuerzos oficiales atendieran únicamente a la creación de estos centros, que imitásemos la conducta de aquel que antes del hospital hizo los pobres».*



FIG. 58.— Manuel Tapia Martínez (1895-1971). Foto: Díaz-Rubio (2008: 184).

Manuel Tapia<sup>170</sup> (Fig. 58) era igualmente favorable a una cooperación del Real Patronato con el Estado, pero consideraba que el personal de los centros antituberculosos tenía que recibir un sueldo por su trabajo, pues a la falta de retribución seguía «*la consecuencia inmoral de la irresponsabilidad*». El Estado debía sumir, en cualquier caso, la organización de la lucha antituberculosa y sus correspondientes centros sanitarios, que se financiarían con un impuesto sobre la riqueza o «*contribución sanitaria*». A las empresas correspondía mejorar las condiciones de los centros de trabajo y de las viviendas de sus empleados, mientras que las «*instituciones privadas*» tenían que coordinarse con el Estado para poner en marcha un seguro de enfermedad<sup>171</sup>.

169 "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 18-VI-1926, p. 2.

170 A este respecto, Malo de Poveda (1912g: 54), en calidad de secretario general de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis, había hecho en 1912 una aseveración tan breve como descriptiva: «*Cargo no retribuido, cargo mal o nulamente desempeñado*». En efecto, Malo llegó a asegurar que «*algunos de los profesores de Dispensarios que desempeñan otros cargos oficiales, pero retribuidos, hacen en éstos meritisima labor, haciéndola completamente nula, por el contrario, en cuanto se refiere a la lucha antituberculosa, en la que ocupan, según corresponde a sus merecimientos, puestos de verdadera importancia*» (*Ibid.*).

171 "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 29-VI-1926, p. 4.

La visión de Rogelio Buendía<sup>172</sup> era contraria a que el Estado fuera el único responsable de la lucha antituberculosa porque la gran dimensión del problema excedía con mucho de sus capacidades. La tuberculosis nacía de la miseria, un mal social que se traducía en consecuencias en viviendas insalubres, hacinamiento, alcoholismo, carestía de los alimentos... Aunque lo que más preocupaba a este médico era el niño pobre, «*criado en esta promiscuidad, contagiado de tuberculosis del padre o de la hermana, más veces de la madre, que no come para que coma el marido, va, si va, a una escuela que bien pudiera ser como algunas de las que describe tan justamente Luis Bello*». Para luchar contra todo ello, era necesario poner en marcha infinidad de medidas en diferentes ámbitos: «*ley seca*», casas baratas e higiénicas, escuelas salubres, cantinas escolares, «*numerosa y bien impuesta policía de la higiene*», enfermeras visitadoras, casas de baños, etc.

De este modo, Buendía pedía que el problema no sólo se enfocase desde lo legislativo o lo económico, por muy importante que fueran estos factores. Hacía falta una toma de conciencia regeneradora, en la que cada elemento de la sociedad aportaba una parte de la solución:

«*Es también la educación colectiva, el despertar del país de la pasividad ante las cifras de morbilidad y mortalidad aterradoras, lo que debe constituir la lucha contra la tuberculosis. Son, además del Estado, las Diputaciones, los Ayuntamientos, los Ateneos, las Asociaciones obreras, los centros de enseñanza, el rico y el pobre, los que deben unirse para crear, con los organismos de lucha contra la tuberculosis, una liga de defensa de la vida*».

El encargado de cerrar la serie fue el Dr. Murillo<sup>173</sup>, que felicitó a De Benito por su iniciativa y dio traslado de un «*programa mínimo de organización antituberculosa*» perfilado en colaboración con la comisión asesora del Real Patronato. Este plan contemplaba diversas medidas en el campo de la asistencia, como el ingreso en centros especializados de todos los tuberculosos indigentes, en colaboración con diputaciones y ayuntamientos; el amparo económico de la familia de los tuberculosos hospitalizados; y la vigilancia y reintegración al mundo laboral de los curados. En el ámbito profiláctico, el programa comprendía, entre otras medidas, que se hiciese efectiva la declaración obligatoria de la tuberculosis; la organización de los dispensarios y de las instituciones que promoviesen el desarrollo higiénico y la vida de los niños; y actuar en el campo de la vivienda, el precio

---

172 "La lucha antituberculosa", *El Sol*, 10-VII-1926, p. 2.

173 "La lucha antituberculosa en España", *El Sol*, 31-VII-1926, p. 4.

de los bienes de consumo básicos y la escuela.

Para poder ejecutar este plan, el director general de Sanidad preveía hacer uso de los fondos recaudados para el Real Patronato por la junta administrativa, que se elevaban a 1,5 millones de pesetas. También pedía a la prensa y especialmente a los redactores especializados en temas médicos que hiciesen uso de su «*gran influencia*» para promover «*un estado favorable de la opinión pública*» y que, de ese modo, el Estado se decidiese a dedicar «*algunos millones*» a la lucha antituberculosa. A este respecto, no deja de ser llamativo que el máximo responsable sanitario del Gobierno se viese en la necesidad de solicitar el concurso de la prensa para que se librasen los presupuestos necesarios. «*El servicio de propaganda y de acción educativa no debe despreciar ningún medio práctico de ilustrar a los habitantes sobre los principios más elementales de higiene, de una manera racional, descubriendo y vulgarizando las Instituciones destinadas a protegerlos contra las enfermedades evitables. Hará obra de educación popular y creará una corriente de opinión [...]*».

*El programa de acción se concretará [...] en los establecimientos de enseñanza, en lugares públicos, en talleres, oficinas, cuarteles, etc.».*

*«En fin, incumbe al servicio de propaganda, editar bajo su dirección y en forma tan atractiva y gráfica como sea posible, cartillas destinadas al público, láminas y bocetos alegóricos anunciando las conferencias públicas; prospectos, anuncios y películas cinematográficas referentes a la educación antituberculosa de la población.» (Benito, 1930: 117s).*

En este sentido, De Benito ponderaba las bondades del trabajo de propaganda sanitaria que se había llevado a cabo en Francia en colaboración con la Fundación Rockefeller (Benito, 1930: 121).

En enero de 1927, es decir, a los pocos meses de finalizar la campaña de debate de *El Sol*, De Benito puso en marcha su propio dispensario en Madrid, en el barrio de Cuatro Caminos. En este centro se atendía a personas de toda condición social y económica, pues discriminando a los pacientes en razón de estos factores no podían obtenerse datos concluyentes sobre la verdadera extensión de la tuberculosis (Benito, 1930: 10 y 122s).

Su disconformidad con las políticas antituberculosas oficiales le llevó a sostener una nueva campaña en *El Sol* en 1930, en la que, bajo el título «*Estado actual del problema de la tuberculosis*

en España», defendió en una serie de artículos<sup>174</sup> que el Estado asumiese directamente la lucha contra la tuberculosis, como parte de su Administración sanitaria, y presentó una propuesta de programa antituberculoso basado en un seguro obligatorio contra la tuberculosis.

Tal y como hemos podido ver en este capítulo, el periodo de la Restauración y la dictadura de Primo de Rivera acogió el nacimiento y desarrollo de las primeras iniciativas encaminadas a organizar una estrategia de lucha antituberculosa en España. Estas iniciativas fueron en todo momento, no obstante, de carácter benéfico y privado, y el Estado se limitó a tutelarlas y subvencionarlas. Aunque a lo largo de esta etapa se fueron sucediendo algunos progresos significativos, la organización de la lucha antituberculosa adoleció de importantes problemas de financiación y orden interno, que lastraron su capacidad de acción.

En esta época se publicaron, asimismo, las primeras revistas especializadas en tuberculosis, entre las que descuella la valenciana *Revista de Higiene y Tuberculosis*. Otro tipo de cabeceras retrataron episodios destacados de la lucha antituberculosa, así como visiones muy relevantes sobre la sanidad española durante el periodo que nos ocupa. En este sentido, la prensa no se limitó a reflejar lo que ocurría a su alrededor, sino que creaba opinión y generaba interés público en torno al problema de la tuberculosis.

Asimismo, hemos constatado la abundancia de materiales educativos para niños y adultos, como cartillas, manuales escolares y carteles, encaminados fundamentalmente a divulgar pautas higiénicas para evitar el contagio. Otro medio de divulgación que gozó de importancia fueron las charlas y conferencias, con las que se buscaba una mayor cercanía a un público tanto adulto como infantil. En todos los casos se aprecia un discurso que se ajusta al sistema de valores e intereses de los emisores, es decir, de las élites sociales y económicas. El objetivo era encuadrar a los estratos más bajos de la sociedad en el ideal higienista, lo que incluía aspectos tanto físicos como morales.

---

174 Los artículos se publicaron en la sección "Medicina" del diario entre los meses de abril y julio.

### 3.3.2. La lucha antituberculosa durante la Segunda República (1931-1936)

#### MARCO NORMATIVO Y ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA

El advenimiento de la Segunda República supuso cambios radicales en la concepción que hasta el momento se había tenido sobre la naturaleza, organización y desenvolvimiento de la lucha antituberculosa, en el marco de una modernización integral de la sanidad pública (Serrallonga, 2009: 249s). De este modo, fueron dándose los pasos necesarios para la transición desde un modelo caritativo, caracterizado por una implicación muy débil de los poderes públicos —«*la lucha antituberculosa no ha logrado sobrepasar la categoría de simulacro*», denunciaba el Dr. Peña Novo en 1931 (1933: 3)—, a otro en el que estos últimos tomaban las riendas de la planificación y la financiación, entendiendo que la salud pública era una función privativa del Estado.

Estos principios quedaron nítidamente expresados en la Constitución de la República. Así, en su Título Primero, artículo 14.5, se consigna que la «*Defensa sanitaria*» es de la exclusiva competencia del Estado «*en cuanto afecte a intereses extrarregionales*». En consecuencia, el desarrollo legislativo de todo lo relacionado con la sanidad compete igualmente al Estado y, en su caso, a las regiones autónomas.

El espíritu modernizador republicano no sólo se consagró a construir un nuevo paradigma de la salud pública, sino que también tuvo que enfrentarse al peculiar y caótico aparato sanitario de la Restauración (Serrallonga, 2009: 242). Para lograr esta transformación, los sucesivos gabinetes emplearon con profusión la vía legislativa para perfilar los rasgos de las nuevas políticas sanita-



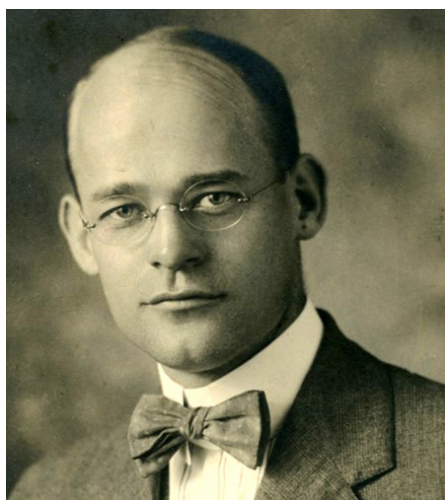


FIG. 59.— G.K. Strobe, miembro del International Health Board de la Fundación Rockefeller, fue el enlace de la institución con la Administración española para el desarrollo de diversos programas de ayuda a la modernización de la sanidad durante la Segunda República (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 311ss). Foto: 100 Years: The Rockefeller Foundation. [www.rockefellerfoundation.org/blog/when-problem-meets-solution](http://www.rockefellerfoundation.org/blog/when-problem-meets-solution) (acceso 18-X-2015).

rias. En este sentido, aunque durante el bienio de derechas se pone de manifiesto una clara inclinación a la recuperación de aspectos típicos del periodo prerrepblicano en las instituciones antituberculosas, como la participación de elementos ajenos al gremio médico en las labores técnicas, no deja de apreciarse un nuevo lenguaje que, aunque con los lógicos matices, se aleja de la retórica y los planteamientos de la antigua beneficencia y de la caridad. De hecho, los esfuerzos por crear un sistema de salud pública moderno y estable, equiparable al de los países más avanzados<sup>175</sup>, fueron posteriormente reconocidos por la prestigiosa Fundación Rockefeller (Barona, 2006: 19) (Fig. 59).

Sin embargo, al igual que otros muchos aspectos de la vida nacional, la lucha antituberculosa se vio condenada a sufrir las consecuencias de la inestabilidad política, con frecuentes cambios en las estructuras organizativas que, en algunos casos, apenas sí podían materializarse. Es más, durante el periodo comprendido entre abril de 1931 y el estallido de la Guerra Civil, es decir, en tan sólo cinco años, desempeñaron el cargo de director general de Sanidad ocho personas, una de ellas en dos periodos diferentes (Fig. 60). Este hecho muestra bien a las claras las escasas posibilidades de verdadera consolidación que los sistemas, procedimientos y políticas que unos y otros implantaban sin solución de continuidad. Como muchos años después relataría José Alberto Palanca, director general de Sanidad durante 21 años en la dictadura franquista:

*«La Sanidad iba, naturalmente, al compás de las crisis y de los fugaces Gobiernos. Los Subsecretarios y Directores generales se sucedían sin tregua, y el que más, duraba tres meses. Bermejillo, Bardají, Pérez Mateos, Pascua, Bejarano, Ruesta, Horques... qué sé yo cuántos pasaron por esos puestos y, claro está, que ninguno podía hacer nada útil, porque, cuando se estaban enterando de los servicios, caían»* (Palanca, 1963: 103).

175 En 1931, España ocupaba el penúltimo puesto, en lo que a situación sanitaria se refiere, entre los países desarrollados (Buendía, 2010: 23).

DIRECTORES GENERALES DE SANIDAD. II REPÚBLICA	NOMBRAMIENTO	Cese
MARCELINO PASCUA MARTÍNEZ	Decreto de 16-IV-1931 (GM, 17-IV-1931)	Decreto de 28-IV-1933 (GM, 29-IV-1933)
JULIO BEJARANO LOZANO	Decreto de 19-V-1933 (GM, 20-V-1933)	Decreto de 15-IX-1933 (GM, 18-IX-1933)
JOSÉ VERDES MONTENEGRO	Decreto de 19-IX-1933 (GM, 20-IX-1933)	de 12-X-1933 (GM, 13-X-1933)
JOSÉ MARÍA GUTIÉRREZ BARREAL	Decreto de 12-X-1933 (GM, 13-X-1933)	Decreto de 16-II-1934 (GM, 18-II-1934)
JOSÉ VERDES MONTENEGRO	Decreto de 16-II-1934 (GM, 18-II-1934)	Decreto de 23-X-1934 (GM, 25-X-1934)
VÍCTOR VILLORIA SÁNCHEZ	Decreto de 23-X-1934 (GM, 25-X-1934)	Decreto de 6-IV-1935 (GM, 7-IV-1935)
RAFAEL CASTEJÓN Y MARTÍNEZ DE ARIZOLA	Decreto de 6-IV-1935 (GM, 7-IV-1935)	Decreto de 15-V-1935 (GM, 16-V-1935)
MARIANO FERNÁNDEZ HORQUES	Decreto de 24-V-1935 (GM, 25-V-1935)	por supresión de la Dirección General de Sanidad Decreto de 2-X-1935 (GM, 4-X-1935)
JESÚS JIMÉNEZ FERNÁNDEZ DE LA REGUERA	Decreto de 10-IV-1936 (GM, 12-IV-1936)	Decreto de 29-XI-1936 (GR, 2-XII-1936)

GM: Gaceta de Madrid

GR: Gaceta de la República

FIG. 60.— Relación de los directores generales de Sanidad durante la Segunda República.

Tampoco podemos olvidar las limitaciones derivadas de la secular escasez de recursos económicos, pese al notable incremento experimentado por los presupuestos destinados a fines sanitarios durante el periodo republicano (Serrallonga, 2009: 247). En la década de los 20, estos presupuestos ya habían experimentado un ascenso significativo, elevándose desde los 6,6 millones de pesetas del bienio 1920-1921 hasta los 10 millones de 1931 (Bernabeu-Mestre, 2000: 10). Sin embargo, la cifra dedicada por el Estado al Real Patronato de la Lucha Antituberculosa nunca sobrepasó las 300.000 pesetas (Serrano, 1992: 33). Aun sumando los ingresos procedentes del sorteo de la Cruz Roja, la *Fiesta de la Flor* y donativos varios, sólo tres años antes de la llegada de la República, la cantidad total que recibía el organismo no llegaba ni a los dos millones de pesetas (RPADE, 1928: 29).

El primer presupuesto sanitario elaborado por un Gobierno republicano, el correspondiente a 1932, ya supuso un incremento significativo, situándose en 15,5 millones de pesetas. En 1933 se

llegó a 31,4 millones (Bernabeu-Mestre, 2000: 10), de los que casi 13 estaban reservados para la lucha antituberculosa (Molero, 1989a: 381). En 1935, aunque el presupuesto ya se situaba en 34 millones, el porcentaje destinado a la tuberculosis disminuyó y se quedó en 9,5 millones (Buendía, 2010: 126). Aunque se trataba de cifras inéditas en la Historia de la sanidad española, no eran en absoluto suficientes para dar satisfacción a las muchas necesidades que planteaba la enfermedad (*Ibid.*).

Tras la proclamación oficial de la República, el Dr. Marcelino Pascua, un profesional plenamente identificado con los ideales del nuevo régimen, tomó las riendas de la Dirección General de Sanidad (Fig. 60) y los primeros cambios en la organización de la lucha antituberculosa no se hicieron esperar, en el marco de un ambicioso programa para la modernización del aparato sanitario y la mejora de la salud pública (Bernabeu-Mestre, 2000; Serrallonga, 2009: 242ss).

El Gobierno provisional suprimió el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España el 22 de abril de 1931<sup>176</sup> para que la organización de esta lucha sanitaria, con todos sus servicios —sanatorios, dispensarios, preventorios y demás instituciones—, pasase a depender directamente de la Dirección General de Sanidad tanto en su aspecto técnico como administrativo. Con esta medida se ponía fin a largos años de falta de unidad en la organización de la lucha antituberculosa oficial, marcados por la coexistencia de dos estructuras paralelas: una estatal, directamente dependiente de las autoridades sanitarias; y otra benéfica, tutelada y parcialmente subvencionada por el Estado, pero condenada a sufrir la falta de estabilidad de toda obra de carácter filantrópico. Esta integración de la lucha antituberculosa en el aparato de la Administración se produjo, a su vez, en un contexto de modernización de la estructura de la Dirección General de Sanidad<sup>177</sup>.

Un mes después se creó como servicio dependiente de la Inspección General de Instituciones Sanitarias una Sección de Tuberculosis, cuya Jefatura debía cubrirse por concurso-oposición entre los médicos de la Sanidad Nacional (Molero, 1989a: 377)<sup>178</sup>. A esta Sección se le encomendó todo

176 Por Decreto publicado en la *Gaceta de Madrid* el 24-IV-1931.

177 En efecto, esta dependencia se articuló en distintos servicios técnicos, como Psiquiatría e higiene mental, Ingeniería y arquitectura, Higiene infantil, Higiene social y propaganda, e Higiene alimentaria (Rodríguez Ocaña, 2008: 6s).

178 La jefatura fue asumida inicialmente, de forma interina, por Antonio Ortiz de Landázuri, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, por Orden de 22-V-1931, en *Gaceta de Madrid*, 24-V-1931. El puesto se asignó posteriormente, tras el correspondiente concurso libre de méritos, a José Codina Suqué, por Orden de 2-XI-1932, en *Gaceta de Madrid*,

lo relativo a la lucha antituberculosa en tanto no se completase su reorganización, lo que explica la amplitud de sus funciones: confección de un fichero central de enfermos; coordinación de dispensarios para la hospitalización de los pacientes cuando ésta procediese; regulación del funcionamiento de todos los centros de la lucha antituberculosa; dirección de las tareas de propaganda; y la administración de los fondos heredados del extinguido Real Patronato<sup>179</sup>.

Con el objeto de que la Sección de Tuberculosis dispusiese de información detallada sobre la situación real de la enfermedad con la que poder organizar adecuadamente la campaña antituberculosa, el departamento de estadística de la Dirección General de Sanidad inició un estudio de la mortalidad en cada provincia, que se prolongaría hasta 1935 (Buendía, 2010: 5).

A la supresión del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa siguió la de todas las juntas provinciales y municipales que habían dependido de él, que fueron sustituidas por comisiones gestoras antituberculosas integradas por los gobernadores civiles, los presidentes de las diputaciones, los inspectores provinciales de Sanidad y médicos de establecimientos antituberculosos, pero también por personas que se hubiesen distinguido por su actuación técnica o social en la lucha, o por sus aportaciones económicas<sup>180</sup>.

En 1932, la construcción de la nueva configuración institucional de la lucha antituberculosa oficial se vio reforzada con la constitución de un Comité Nacional Ejecutivo de la Lucha Antituberculosa<sup>181</sup>, adscrito a la Dirección General de Sanidad y presidido por Pascua. El Comité quedaba conformado, además, por un vicepresidente, que debía ser consejero de Sanidad y médico especializado en tuberculosis; y, como vocales, por el inspector general de Instituciones sanitarias, el inspector general de Sanidad interior, tres médicos especializados —uno de ellos, Verdes Montenegro—, tres médicos directores de centros oficiales de lucha antituberculosa, un arquitecto especializado en construcciones y asistencia social de lucha antituberculosa, y un miembro del Instituto Nacional de Previsión especializado en el problema económico-social y en seguros especiales<sup>182</sup>.

---

4-XI-1932.

179 Orden de 20-V-1931, en *Gaceta de Madrid*, 23-V-1931.

180 Orden de 18-VI-1931, en *Gaceta de Madrid*, 20-VI-1931.

181 Decreto de 23-VIII-1932, en *Gaceta de Madrid*, 26-VIII-1932.

182 A lo largo de todo el periodo republicano, los poderes públicos estudiaron la posibilidad de poner en marcha de un seguro social de enfermedad que diese cobertura a un amplio sector de la población. Marcelino Pascua considera-

Por último, se añadía como secretario, con voz pero sin voto, al jefe de la Sección de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad. Es importante subrayar que la vicepresidencia recayó en Luis Sayé, que se había mostrado partidario de implantar en España el programa de lucha antituberculosa francés, basado en una asociación nacional de carácter técnico financiada tanto por el sector público como por el privado<sup>183</sup>.

En este sentido, el nuevo organismo antituberculoso guardaba cierta relación con este modelo, a tenor de las tareas que le fueron asignadas: señalar las directrices de la lucha antituberculosa en España; dictar las bases de organización y funcionamiento de centros adscritos a la misma; y marcar las normas de selección del personal técnico, directivo y auxiliar médico-social. El Comité no sólo asesoría a la Dirección General de Sanidad, sino que sería el enlace entre ésta y las organizaciones municipales, provinciales y regionales. El objetivo último del Comité era la formación de un Consejo Directivo Nacional de la Lucha Antituberculosa, que habría de estar compuesto por representaciones de todos los organismos del Estado, de las provincias y de las regiones autónomas.

La llegada del Dr. Verdes Montenegro, pionero de la lucha antituberculosa en España, a la Dirección General de Sanidad –dependiente en aquel momento del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión– en 1934<sup>184</sup> se tradujo en una intensa labor normativa, con especial atención a las políticas dirigidas a combatir la tuberculosis. En busca de la máxima unidad en la dirección de las cuestiones de índole sanitaria y asistencia pública y social, refundió en un único organismo todos los órganos consultivos que sobre estas materias existían previamente, el Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia Pública<sup>185</sup>, lo que supuso la liquidación del Comité Nacional Ejecutivo de la Lucha Antituberculosa. Con esta medida, que no excluía la designación de secciones que se ocupasen de cuestiones concretas en el seno de dicho Consejo, como efectivamente ocurrió –la tuberculosis fue objeto de una de ellas–, Verdes confiaba en acabar con un panorama protagoniza-

---

ba que, mientras en España no se dispusiese de un seguro de estas características, el país no entraría en la modernidad sanitaria. Durante el bienio de izquierdas, se impulsó una ponencia nacional del Instituto Nacional de Previsión sobre el tema, pero no se llegó a objetivos tan ambiciosos como los fijados por el director general de Sanidad. Por su parte, los Gobiernos de derechas también defenderían su implantación como una forma de solventar el problema de la financiación del sistema de salud pública (Buendía, 2010: 22ss).

183 Sayé, L.: “La lucha antituberculosa en España”, *El Sol*, 18-V-1926, p. 6.

184 Aunque Verdes Montenegro ya había sido director general de Sanidad en 1933, su paso por el cargo no se prolongó siquiera un mes. Véase Fig. 60.

185 Decreto de 19-IV-1934, en *Gaceta de Madrid*, 20-IV-1934.



do por «*verdaderos cantones sanitarios, impenetrables, de hecho, para la ordenación y prudente vigilancia del propio Estado*».

En septiembre de ese mismo año, y todavía con Verdes al frente de la Dirección General de Sanidad, se aprobó un paquete de reformas encaminadas a enmendar diversos aspectos de la lucha antituberculosa. En el ámbito organizativo, se introdujeron cambios en el sistema de comisiones gestoras antituberculosas que operaban en las capitales de provincia<sup>186</sup>. Aunque se consideraba que habían desempeñado un papel meritorio, de ellas se criticaba una excesiva «*exaltación de la lucha por los artificios de orden médico, olvidándose de presentar como una aspiración nacional la necesaria elevación del nivel general de higiene que bastaría por sí solo para disminuir la mortalidad por tuberculosis y por otras enfermedades a la vez*». En este sentido, era necesario fomentar los tres pilares básicos de la salud: «*La casa sana, el agua abundante y la baratura de las subsistencias son tres grandes elementos higienizadores, que significan la vida además de hacerla amable y fecunda, y hay que presentarlos a cada paso a la conciencia popular como grandes aspiraciones nacionales*».

En esta reorientación de la lucha antituberculosa hacia la prevención por la higiene, el papel que se le había atribuido históricamente a la mujer en esta tarea era igualmente reivindicado. En el caso de las mujeres acomodadas, porque estaban en la obligación moral de prestar su ayuda a las que no tenían recursos; y en el de estas últimas, porque de su salud dependía su bienestar y el de su familia y, en definitiva, la prosperidad de la nación:

«*Es indispensable en esta obra la colaboración de la mujer y que ésta aprenda a defender su juventud, porque ese divino tesoro [...] es más intenso y duradero en las personas que disfrutan cierto bienestar económico [...], y todos hemos visto mujeres de veinticinco años envejecidas y deshechas, privadas de todo bien, incluso el de la ilusión maternal. Hacia esas mujeres [...] deben dirigir las miradas y las manos, para salvarlas, desde las Comisiones sanitarias, aquellas otras que han podido hacer del hogar el santuario de su ventura*».

Por eso se hacía un llamamiento a «*todas las personas de buena voluntad, sin distinción de condición social ni de sexo*» para luchar contra la tuberculosis y en pro de la higiene con propaganda pero, sobre todo, con acciones concretas y ejemplificantes:

---

186 Orden de 4-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 6-IX-1934.

*«Una casa higiénica construida hace ella sola una propaganda intensa y permanente. El agua en los pisos de las grandes ciudades ha propagado la higiene más que todas las cartillas publicadas. Buena es la palabra para crear ambiente, pero no es nada sin el ejemplo».*

Para estimular esta acción colectiva, se ordenó a los inspectores provinciales de Sanidad que promoviesen la creación de Comisiones Sanitarias –nueva denominación las Comisiones Gestoras– en aquellas provincias en las que todavía no se hubiesen formado, proponiendo al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión quiénes debían integrarlas, de acuerdo con los gobernadores provinciales, los presidentes de las diputaciones y los alcaldes de las capitales. Las personas seleccionadas tendrían que haberse distinguido por su interés en *«mejorar las condiciones higiénicas de la vida»*, por haber realizado *«una aportación personal o económica importante para la satisfacción de las necesidades sanitarias»* o por su *«labor altruista en los Patronatos de Beneficencia privada u otras organizaciones de este tipo, o al frente de industrias o explotaciones agrícolas»*. En aquellas otras capitales en las que las Comisiones no hubiesen mostrado signos de actividad, los inspectores provinciales podrían tomar medidas para reactivarlas e introducir nuevos miembros, conforme a los criterios descritos. Esto significaba una vuelta al antiguo modelo benéfico de la Restauración, abriendo nuevamente la puerta de las instituciones antituberculosas a la vieja figura del benefactor particular, el prohombre y la dama de la aristocracia.

En el campo de la divulgación y la propaganda, las Comisiones estaban llamadas a *«crear el ambiente propicio al desenvolvimiento de la obra sanitaria»* por todos los medios a su alcance: conferencias, cartillas, prensa periódica, cine y radio. Lejos de limitarse a la tuberculosis, debían extender su campo de acción a *«todas las iniciativas que puedan elevar el nivel de higiene general en la capital y en los pueblos»*, pero siempre bajo la dirección de los técnicos.

En lo relativo a higiene práctica, las Comisiones tendrían que dirigir su actividad a cuestiones como el acceso al agua potable, invitando a los municipios rurales a beneficiarse de *«las facilidades que por la Dirección general de Sanidad, y también por el Ministerio de Obras públicas, se dan para promover las obras de abastecimiento de aguas y de alcantarillado de los pueblos»*. También deberían permanecer vigilantes para pedir la reforma de las ordenanzas municipales cuando se revelasen insuficientes para garantizar la higiene de la vivienda, de la alimentación y del trabajo; ayudar al sostenimiento de las obras sociales complementarias a la lucha antitubercu-

losa –atención sociosanitaria para los enfermos crónicos, auxilio a los dispensarios, organización de colonias infantiles, etc.–; y favorecer la creación de mutualidades.

Para llevar a cabo sus funciones, las Comisiones estaban facultadas para recibir legados y donativos y celebrar todo tipo de actos benéficos, como tómbolas, festivales, verbenas, etc., sin olvidar la *Fiesta de la Flor*, «*hermoso acto de solidaridad social*» que se había dejado de celebrar en muchos lugares desde la proclamación de la República. Nos encontramos nuevamente ante la recuperación de un concepto de sanidad pública ligado a la caridad, inevitablemente acompañado de manifestaciones públicas de la generosidad colectiva.

Tras la salida de Verdes Montenegro de la Dirección General de Sanidad (Fig. 60), fue la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública la que tomó las riendas de la lucha antituberculosa (Molero, 1989a: 393). Con el Dr. Enrique Bardají al frente de este departamento<sup>187</sup>, se llevó a cabo una revisión del sistema de lucha antituberculosa, basada en la creación de un nuevo órgano encargado de coordinar la pluralidad de servicios existentes. De este modo, se constituyó una Junta para Organización de la Lucha Antituberculosa<sup>188</sup>, compuesta por «*personalidades de probada competencia*», cuya función era proponer «*normas de conexión y organización*». La Junta quedó integrada por el inspector general de Instituciones Sanitarias, Víctor María Cortezo, como presidente; Julio Blanco, director del sanatorio Lago –Tablada, Madrid–; Donato Fuejo, inspector provincial de Sanidad de Álava; Diego Hernández, jefe médico de Instituciones Sanitarias; José Codina Suqué, jefe de la Sección de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad; Carlos Díaz, director del dispensario antituberculoso del distrito de Universidad, en Madrid; Carlos Torrijos, ayudante de dicho dispensario; y Manuel Úbeda, tisiólogo.

El nombramiento del Dr. Manuel Bermejillo como subsecretario de Sanidad y Asistencia Pública<sup>189</sup> y del Dr. Mariano Fernández Horques como director general de Sanidad (Fig. 60) trajo consigo la enésima modificación de la organización antituberculosa. Por un lado, quiso acentuarse la implicación entre la lucha contra la tuberculosis y la salvaguarda de la infancia, aprovechando la

187 Decreto de 6-IV-1935, en *Gaceta de Madrid*, 7-IV-1935.

188 Orden de 30-IV-1935, en *Gaceta de Madrid*, 4-V-1935.

189 Decreto de 10-V-1935, en *Gaceta de Madrid*, 11-V-1935.

remodelación de la Dirección General de Sanidad promovida en mayo de 1935<sup>190</sup>. Así, la Sección de Tuberculosis fue renombrada como Sección de Tuberculosis e Infancia: Dispensarios y sanatorios e Higiene Infantil.

Pero el cambio legislativo más importante de esta etapa se produjo el 29 de agosto, con la nueva organización de la lucha antituberculosa oficial, que abarcaba todos los aspectos de la misma: estructura ejecutivo-administrativa, personal, medidas de aplicación general y de profilaxis infantil, dispensarios y sanatorios antituberculosos, y normas de régimen interno<sup>191</sup>. Esta reforma parte de una clara expresión de incapacidad del Estado para afrontar el problema tuberculoso con ciertas garantías, exactamente por la misma razón que venía siendo habitual desde los orígenes de la lucha contra la enfermedad: la simple y llana *«falta de medios económicos»*. A pesar de *«los improbables esfuerzos del excelente personal especializado»*, la precariedad era la nota dominante en este contexto.

*«Los Presupuestos generales del Estado destinan [...] 15 millones de pesetas (60 céntimos por habitante y año), aportación que, comparada con las de otros países (equivalente a tres pesetas por cada habitante al año), debiera ser de 72 millones de pesetas anuales, además de disponer como capital base invertido en la construcción e instalación de Sanatorios y Dispensarios, sumas importantísimas aportadas por las Cajas de seguros de enfermedad y entidades de previsión».*

La situación preocupaba hondamente a las autoridades sanitarias, porque a la falta de recursos económicos se unía lo que se consideraba una mala planificación en la distribución de los centros sanitarios. El número de fallecidos por tuberculosis del aparato respiratorio rozaba en 1934 los 31.000 individuos, calculándose que la enfermedad afectaba a 300.000 enfermos en toda España.

Con la nueva organización de la lucha antituberculosa, el Gobierno se proponía *«remediar el actual estado de cosas, dentro de la capacidad económica del país, contribuyendo al mismo tiempo al mejoramiento de su estado sanitario general»*. Esta organización se basaba en una Comisión Central de Lucha Antituberculosa, dependiente del Ministerio de Trabajo Sanidad y Previsión y filial del Consejo Nacional de Sanidad, que ejercería funciones consultivas, de asesoramiento y fiscalización en todos los aspectos de la lucha: establecimientos e instituciones, personal, adminis-

190 Orden de 25-V-1935, en *Gaceta de Madrid*, 28-V-1935.

191 Decreto de 29-VIII-1935, en *Gaceta de Madrid*, 3-IX-1935.

tración, estadística, divulgación y propaganda, formación, relaciones con otros ministerios e instituciones, cajas de previsión, etc. La Sección de Tuberculosis de la Dirección General de Sanidad sería la encargada de ejecutar sus indicaciones.

También se dispuso la creación de comisiones provinciales antituberculosas, que, dependientes de las juntas de Sanidad, sustituían a las instituidas prácticamente un año antes. En las nuevas comisiones provinciales, que gozaban de un perfil más técnico, debían integrarse los inspectores provinciales de sanidad, el director del dispensario de la capital, el jefe de la Sección de Tuberculosis del Instituto Provincial de Higiene, el director más antiguo del sanatorio antituberculoso del Estado de la provincia –ingresado por oposición–, el presidente del Colegio de Médicos y el abogado del Estado más veterano de la capital. No obstante, se reservaban seis vocalías para «*representantes de entidades, patronatos, fundaciones o personas*» que dedicasen sus actividades a la lucha antituberculosa o que poseyesen «*merecimientos y aptitudes para tal designación*», dejando la puerta abierta a personas afines a las autoridades sanitarias (Serrallonga, 2009: 262). La función ejecutiva de la lucha antituberculosa en las provincias quedaba en manos de las inspecciones de Sanidad, mediante la respectiva Sección de Tuberculosis del Instituto Provincial de Higiene, al frente de la cual se colocaba al director del dispensario antituberculoso de la capital más antiguo de los ingresados por oposición.

En el capítulo de medidas generales, la nueva organización contemplaba, en tanto no pudiesen resolverse «*radicalmente*» los graves problemas de vivienda y alimentación que sufrían grandes masas de la población, que los dispensarios intensificasen su labor fiscalizadora sobre las condiciones de salubridad de inmuebles y explotaciones ganaderas, sobre todo en lo referido a la producción de lácteos. Asimismo, la declaración de los casos de tuberculosis sólo sería obligatoria en casos de «*peligro social*», es decir, cuando afectasen a profesores, trabajadores de la industria alimentaria, habitantes de viviendas en situación de hacinamiento y/o pobreza, etc.—. Por otro lado, se prohibía la publicidad engañosa sobre supuestos remedios infalibles contra la tuberculosis, así como la práctica de procedimientos terapéuticos a cargo de facultativos no capacitados legalmente para ello. En este sentido, la Sección de Enseñanza de la Dirección General de Sanidad sería el único organismo autorizado a establecer los títulos y disciplinas válidos para la pertenencia a la lucha antituberculosa oficial.



Por otro lado, la reforma de la lucha antituberculosa incorporaba algunas medidas relacionadas con la gran preocupación de los poderes públicos por la salud infantil, como la declaración obligatoria de la tuberculosis en mujeres embarazadas pobres, la coordinación entre los dispensarios antituberculosos y los de maternidad y puericultura, la regulación de la colocación familiar o colectiva de los niños, y la organización de escuelas al aire libre y colonias escolares, entre otras.

De igual modo, se proponía una reestructuración de la red de centros sanitarios, así como un plan de desarrollo acorde con el número de habitantes de cada demarcación, estableciendo prioridades en función de las disponibilidades presupuestarias. Nos ocuparemos en profundidad de esta cuestión en el epígrafe dedicado a la asistencia sociosanitaria durante el período republicano.

Tras la victoria del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936, el nuevo Gobierno se lamentó de la situación de caos organizativo a la que se había visto sometida la lucha antituberculosa del Estado, a causa de «*múltiples y contradictorias disposiciones*». Para remediarlo, el primer objetivo de los nuevos responsables sanitarios era refundir normativas y corregir todo lo que aconsejase la práctica cotidiana de las instituciones, pero se consideró que no debía llevarse a cabo sin el concurso de «*personas de competencia bien probada y de especialización y vocación demostradas*». Por este motivo, se ordenó la creación de un Comité Central de Lucha Antituberculosa<sup>192</sup>, de carácter netamente técnico, cuyo fin era asesorar a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia y, sobre todo, elaborar una propuesta de organización definitiva de la lucha en el más breve plazo posible. En la práctica, esto suponía convertir en papel mojado la reforma de agosto de 1935, que quedó oficialmente sin efectos<sup>193</sup>. También se disolvieron las comisiones provinciales antituberculosas<sup>194</sup>.

Para integrar el nuevo Central de Lucha Antituberculosa se designó, junto al subsecretario de Sanidad y Beneficencia, a los médicos Manuel Tapia, Luis Sayé, Antonio Ortiz de Landázuri, Julio Blanco –vocal de la Sociedad Española de Tisiología (Molero, 1989a: 345, nota 409)–, Juan González, Carlos Díaz, Santiago Ruesta –inspector de Sanidad Interior durante el bienio de

192 Decreto de 26-III-1936, en *Gaceta de Madrid*, 27-III-1936.

193 Decreto de 9-V-1936, en *Gaceta de Madrid*, 12-V-1936.

194 Orden de 22-V-1936, en *Gaceta de Madrid*, 27-V-1936.

izquierdas (Serrallonga, 2009: 251) y subsecretario de Sanidad y Beneficencia por unas semanas a comienzos de 1936<sup>195</sup>—, Marcelino Pascua, Rafael Bergamín y Carlos G. Posada.

Como ya hemos apuntado al inicio, la reducida trayectoria de cada una de las disposiciones que derechas e izquierdas se aprestaron en aprobar, modificando una vez tras otra cada aspecto de la lucha contra la tuberculosis, no hicieron más que dificultar su normal desarrollo y hasta su implantación, al no poder sustraerse del estado de confrontación prácticamente permanente que caracterizó la vida política de la Segunda República. Sin embargo, se consiguió construir un marco normativo y conceptual avanzado en el que, independientemente del color político de las autoridades sanitarias en cada momento, el Estado asumía su responsabilidad como principal garante de la salud pública y proporcionaba a la lucha antituberculosa la unidad de acción y dirección que con tanta insistencia habían venido demandando muchos profesionales de la medicina.

## **CENTROS DE ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA**

La operación puesta en marcha por el Gobierno provisional de la República para desmontar la estructura institucional de la lucha antituberculosa de la Dictadura de Primo de Rivera, y que se había iniciado en abril de 1931 con la supresión del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España<sup>196</sup>, prosiguió en junio con la disolución de las juntas antituberculosas provinciales y municipales que habían dependido del mismo<sup>197</sup>. A su vez, la administración de los establecimientos antituberculosos fue encomendada a comisiones gestoras con un perfil más técnico que sus predecesoras, integradas por gobernadores civiles, presidentes de las diputaciones, inspectores provinciales de Sanidad y médicos de establecimientos antituberculosos, pero también por personas

---

195 Nombramiento por Decreto de 1-I-1936, en *Gaceta de Madrid*, 2-I-1936, y cese por Decreto de 24-II-1936, en *Gaceta de Madrid*, 25-II-1936.

196 Decreto de 22-IV-1931, en *Gaceta de Madrid*, 24-IV-1931.

197 Orden de 18-VI-1931, en *Gaceta de Madrid*, 20-VI-1931.

que se hubiesen distinguido por su actuación técnica o social en la lucha, o por sus aportaciones económicas.

Hay que hacer notar, no obstante, que durante el periodo republicano los únicos dispensarios que dependían directa y exclusivamente del Estado fueron los tres de Madrid<sup>198</sup>. El resto, ya se debiesen a la iniciativa privada o a la de la Administración local y provincial, funcionaban de forma autónoma, aunque históricamente hubiesen recibido subvenciones e instrucciones por parte de los organismos tuberculosos centrales y continuaran recibéndolas en los años de la República (Molero, 1989a: 418 y 421). Con los sanatorios sucedía otro tanto, pues los de titularidad estatal coexistían con otros bien de carácter benéfico, ligados a instituciones particulares (*Ibid.*: 447), bien con ánimo de lucro<sup>199</sup>. Uno de los escasos sanatorios populares que la Dirección General de Sanidad pudo poner en servicio en los años de la Segunda República fue el de Iturralde, ubicado en la calle Nuestra Señora de la Luz de Carabanchel, en Madrid (Ruiloba, 2014: 34). También surgió una iniciativa privada para que las clases medias y modestas pudiesen acceder a la cura sanatorial de pago a precios asequibles, pero este proyecto no llegó a cuajar (*Ibid.*: 36ss).

En efecto, la unidad de acción que se buscaba al asignar a la Dirección General de Sanidad, y más concretamente a su Sección de Tuberculosis, todas las responsabilidades en materia de lucha antituberculosa exigían un mayor control sobre todos los establecimientos que aspirasen a combatir la enfermedad. Por un lado, se fijaron normas de general aplicación para todos ellos, tanto públicos como privados; por otro, las autoridades sanitarias trataron de integrarlos en el aparato oficial para conseguir la máxima coordinación y uniformidad posibles.

Esa unidad de acción también se buscaba en la Administración provincial y local, a través de la figura de los Institutos Provinciales de Higiene, así como de los centros secundarios y primarios

---

198 Durante la Segunda República, los dispensarios de Madrid fueron renombrados para evitar toda vinculación con la Monarquía. Así, el Victoria Eugenia pasó a llamarse Dispensario del Distrito de Universidad; el María Cristina, del Distrito de Buenavista; y el Príncipe Alfonso, del Distrito de Hospital (Molero, 1989a: 418, nota 52). Además, este último cambió de ubicación, dejando el antiguo edificio del paseo Imperial, en estado de ruina desde finales de los años 20 (Sarriera, 1928: 7s), para instalarse en la calle Cabeza, nº 4. Los otros dos continuaron en sus antiguos emplazamientos: el de Universidad en la confluencia de las calles Andrés Mellado y Fernando el Católico y el de Buenavista, en Goya, 54. Ver *Gaceta de Madrid*, 12-VI-1931.

199 Es habitual encontrar publicidad de este tipo de centros en la prensa de la época, sobre todo en la especializada. Por estos años, la *Revista Española de Tuberculosis* incluye con frecuencia anuncios comerciales de diversos sanatorios antituberculosos ubicados en la sierra madrileña, como el de Valdelasierra o el de la Fuenfría.

de higiene, donde la tuberculosis sería objeto de especial atención en el medio rural a través de secciones específicas a lo largo de todo el periodo republicano (Perdigüero *et al.*, 1994: 50-51). El sostenimiento de los centros, conforme a lo estipulado en la *Ley de Servicios Sanitarios* de julio de 1934, correspondía tanto a ayuntamientos, diputaciones y Estado, bajo la consideración de la sanidad como «una función pública de colaboración reglada de actividades municipales, provinciales y estatales, bajo la dirección técnica y administrativa del Estado»<sup>200</sup>. Aunque inicialmente se planteó la puesta en marcha de 180 centros secundarios, la complejidad del sistema y la corta vida de la República sólo permitieron que abriesen sus puertas 46 centros hasta febrero de 1936 (Rodríguez Ocaña, 2008: 10; Buendía, 2010: 28-29).

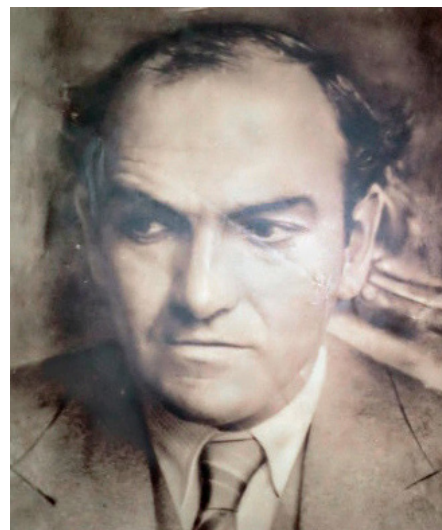


FIG. 61.— Marcelino Pascua (1897-1977). Foto: "El primer embajador de España en la Unión Soviética", ABC, 23-IX-1936. Portada. Detalle.

Durante la etapa de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad (Fig. 61), se trazó un plan de objetivos realmente ambiciosos para incrementar el número de dispensarios y el de camas para tuberculosos en un plazo de dos años. El escenario final contemplaba un parque de 1.800 plazas, lo que significaba triplicar prácticamente las 565 plazas que existían en 1931.

En 1932, estaba previsto destinar el presupuesto de la lucha antituberculosa, además de a la creación de la Sección de Tuberculosis, a los siguientes cometidos: crear 25 nuevos dispensarios y modernizar los tres de Madrid; iniciar la construcción de dos nuevos preventorios en San Martín de Trevejo y El Piornal, en la provincia de Cáceres; ampliar los preventorios de Guadarrama y San Rafael; construir el sanatorio Iturralde, en Carabanchel Bajo; ejecutar una enfermería en Talavera de la Reina; finalizar el pabellón para niños tuberculosos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, antiguo Hospital del Rey; instalar y ampliar los sanatorios de Alcohete y Torremolinos, en Guadalajara y Málaga, respectivamente, y el dispensario de puericultura anexo al preventorio de Guadarrama; ampliar el sanatorio de Sierra Espuña, en Murcia; así como subvencionar a obras antituberculosas que no dependían del Estado.

200 Fechada el 11-VII-1934, se publicó en la *Gaceta de Madrid* el 15-VII-1934.

En el siguiente ejercicio, el gasto se emplearía en ampliar los sanatorios marítimos de Oza, Pedrosa, la Malvarrosa y Torremolinos; organizar tres nuevos dispensarios en Madrid; poner en servicio los sanatorios de Carabanchel y Sierra Espuña, y los preventorios de El Piornal y San Martín de Trevejo; transformar en un gran sanatorio y preventorio la finca El Deleite, que había pertenecido a la Compañía de Jesús, en Aranjuez; construir un sanatorio para la población de Asturias, Galicia y León, ubicado en esta última provincia; instalar diez nuevos dispensarios en Bilbao, Logroño, San Sebastián, Badajoz, Málaga, Granada, Ciudad Real, Jerez de la Frontera, Burgos y Toledo; y ejecutar nuevos pabellones en Húmera y Malvarrosa, y ampliar el sanatorio de Valdelatas. También estaba previsto crear la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras en la Escuela Nacional de Sanidad.

En la etapa del tisiólogo José Verdes Montenegro como director general de Sanidad<sup>201</sup>, la tuberculosis continuó siendo una prioridad para los poderes públicos, y se legisló ampliamente sobre dispensarios, sanatorios y hospitales antituberculosos. En lo relativo a la asistencia dispensarial, una nueva norma<sup>202</sup> consagró a los dispensarios como la piedra angular de la organización antituberculosa, pues de su correcta actividad y organización se derivaba una función profiláctica de importancia clave. Esto adquiría mayor relevancia en un país como España, en el que el número de camas sanatorias no podía absorber el gran contingente de enfermos al que tenían que enfrentarse las autoridades sanitarias. En este sentido, el dispensario cumplía una doble función. Por un lado, podía impedir nuevos contagios y, en consecuencia, reducir la necesidad de plazas en los sanatorios; por otro, la vigilancia domiciliaria, como una de sus funciones más sobresalientes, permitía a muchos enfermos recibir tratamiento en sus propios domicilios, dejando los sanatorios para los casos más graves.

Por todo ello, el Gobierno estaba decidido a dotar de dispensarios antituberculosos a aquellas provincias que todavía no dispusiesen de uno. Además, era necesario que todo dispensario antituberculoso, independientemente del órgano del que dependiesen, ya fuese público o privado, siguiese unas normas comunes, pues de lo contrario no sería posible configurar una red dispensarial

---

201 Nos referimos al periodo comprendido entre febrero y octubre de 1934. Aunque Verdes Montenegro ya había sido director general de Sanidad en 1933, su paso por el cargo no se prolongó siquiera un mes (*vid. supra*, Fig. 60).

202 Orden de 4-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 9-IX-1934.



homogénea en sus funciones, procedimientos y objetivos. En este contexto, cada dispensario debía ceñirse a la zona de influencia designada por la Inspección Provincial de Sanidad, a la que pondría en conocimiento de todos los casos en los que existiese un elevado grado de contagiosidad para que se actuase en consecuencia.

A juicio de las autoridades sanitarias, los dispensarios debían atender exclusivamente a enfermos de tuberculosis, de forma completamente gratuita. No obstante, tenían la obligación de coordinarse con otros centros benéfico-sanitarios para el tratamiento de integral de tuberculosos que también padeciesen otras enfermedades, y para derivar a todos aquellos pacientes que, sin ser tuberculosos, requiriesen de asistencia sanitaria.

Entre las funciones del dispensario antituberculoso no se incluirían únicamente labores meramente clínicas, como la administración de la vacuna BCG, cuyo uso era prescrito oficialmente por primera vez, o la práctica de la colapsoterapia. También habría de efectuar una exhaustiva investigación social, esto es, de las causas de la enfermedad en cada paciente y de las posibilidades de contagio a otros individuos de su entorno, mediante la figura de la instructora visitadora. Esto implicaba averiguar en qué condiciones se desarrollaba la vida del enfermo y de su familia, que también tendría que someterse al correspondiente seguimiento médico. Siempre que el dispensario no tuviese los medios necesarios para remediar una situación de grave peligro de contagio, se apelaba a la intervención de las comisiones sanitarias que operaban en las capitales de provincia<sup>203</sup>. Éstas también debían organizar obras de colocación familiar y colonias escolares, debidamente coordinadas con los dispensarios.

Como hemos indicado anteriormente, el paso de Verdes Montenegro por la Dirección General de Sanidad también sirvió para que el Estado fijara su atención en la situación de los sanatorios antituberculosos<sup>204</sup>, y especialmente sobre los requisitos exigibles para ingresar en los escasos sanatorios antituberculosos públicos, que para el común de los enfermos suponían la única garantía

---

203 Creadas por Orden de 4-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 6-IX-1934, estas comisiones se inspiraban en las antiguas juntas de patronato de la Restauración. Para formar parte de ellas, era necesario haber mostrado un especial interés en «mejorar las condiciones higiénicas de la vida», realizado «una aportación personal o económica importante para la satisfacción de las necesidades sanitarias» o desplegado una «labor altruista en los Patronatos de Beneficencia privada u otras organizaciones de este tipo, o al frente de industrias o explotaciones agrícolas».

204 Orden de 7-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 8-9-1934.

de curación. De ahí que en aquel momento la lista de espera ascendiera a 5.000 personas, por lo que urgía establecer criterios más restrictivos, aunque siempre conforme a criterios médicos. En efecto, el ingreso se realizaba exclusivamente por turno de instancias, sin atender a la gravedad de las lesiones de los solicitantes<sup>205</sup>. Sin embargo, era preciso encaminar a cada enfermo al centro hospitalario que mejor se adaptase a sus necesidades, o incluso tratarle en su propio domicilio. De lo contrario, la mayor parte de los beneficiarios de plazas sanatoriales continuarían, por el avanzado estado de su enfermedad, sin obtener resultado práctico alguno.

Por todo ello, se determinó que el acceso a los sanatorios antituberculosos del Estado, así como a las enfermerías y servicios antituberculosos de los grandes hospitales, se restringiría a aquellos casos en que el enfermo tuviese necesidad de una intervención colapsoterápica, o a aquellos otros en los que el grado de las lesiones tuberculosas aconsejase la cura sanatorial típica –alimentación abundante, reposo, aire libre, etc.–. Asimismo, tendrían preferencia las personas que no pudiesen pagar su tratamiento –había camas tanto de pago como gratuitas– o las de mayor contagiosidad familiar o social. Toda solicitud de ingreso en una cama gratuita debía provenir de un dispensario, salvo en el caso de las provincias en que no existiese ningún dispensario. Las plazas de pago, por su parte, podían ser solicitadas tanto por los dispensarios como por los médicos privados.

Paralelamente, y en previsión de que la aplicación de estas normas incrementase notablemente el número de enfermos avanzados –esto es, altamente contagiosos y sin posibilidad de curación– que se derivasen a hospitales y centros análogos, la Dirección General de Sanidad instó a todos los centros sanitarios públicos no especializados de las capitales de provincia o de grandes poblaciones a reservar un mínimo del 10% de sus plazas a este tipo de pacientes<sup>206</sup>. Las autoridades sanitarias también exigieron a los hospitales provinciales que abrieran consultas de tuberculosis pulmonar, con su correspondiente equipo de enfermeras visitadoras. Ahora bien, las reformas necesarias para aislar a los pacientes y el sostenimiento de las consultas antituberculosas correrían a cargo de los propios establecimientos hospitalarios.

---

205 Según un estudio realizado en el sanatorio madrileño de Valdelatas, en el que se analizaron todos los ingresos entre 1930 y 1939, se determinó que la presencia del 54% de los pacientes no estaba justificada, bien por no padecer realmente ningún proceso tuberculoso, bien por encontrarse en una fase de la enfermedad en la que la cura sanatorial no estaba indicada (Serrano, 1992: 152).

206 Orden de 4-IX-1934, en *Gaceta de Madrid*, 7-IX-1934.

En el ámbito rural, se invitó a los hospitales de fundaciones benéficas a colaborar, bajo la promesa de que el Estado subvencionaría a algunas de ellas, dado que habían visto disminuir sus recursos y cerrar sus hospitales o mantenerlos con funciones muy restringidas. También se determinó que los centros de higiene primarios y secundarios, e incluso los médicos titulares allá donde estos no existiesen, tendrían que responsabilizarse de hospitalizar a los tuberculosos contagiosos, en coordinación con la Inspección Provincial de Sanidad.

Con un nuevo equipo al frente del aparato sanitario central, en agosto de 1935 se aprobó una reforma integral de la lucha antituberculosa oficial<sup>207</sup>, que en lo relativo a centros sanitarios suponía una importante ampliación de la red dispensarial del Estado, aunque a costa de los establecimientos que hasta ese momento se encontraban fuera de su control.

Conviene aquí puntualizar que durante el periodo republicano no se publicaron estudios de conjunto ni listados exhaustivos de dispensarios antituberculosos como los que vieron la luz en los años del Real Patronato (CPCLT, 1912: 191ss; Malo, 1919: 11; RPADE, 1926: 23-24; *Id.*, 1927: 33-34; *Id.*, 1928: 39-40), por lo que conocer con exactitud su número y situación en este momento histórico es una tarea harto complicada. El propio Ministerio de la Gobernación aseguraba en 1933 que el número de dispensarios creados por el Estado desde 1931 se elevaba a 35 (Molero, 1989a: 418), mientras que, en 1935, la Administración sanitaria cifraba en 33 el número de dispensarios dependientes de aquél, careciendo de ellos 16 provincias<sup>208</sup>. Otras fuentes hablan de un total de 66 dispensarios en 1934 y de 62 en 1936, sin especificar su adscripción a uno u otro organismo o si su naturaleza era pública o privada (*Ibid.*: 421 y nota 55).

En cualquier caso, la reorganización de la lucha antituberculosa de 1935 pretendía remediar una planificación que, en materia de dispensarios, se consideraba deficiente. Ésta se evidenciaba en el hecho de que los tres dispensarios de Madrid se vieran condenados a funcionar en demarcaciones de unos 300.000 habitantes; además, mientras poblaciones de más de 60.000 habitantes,

207 Decreto de 29-VIII-1935, en *Gaceta de Madrid*, 3-IX-1935.

208 *Ibid.* Esta cifra no incluye los dispensarios de Cataluña, ya que las competencias en materia de sanidad en esta región fueron traspasadas por el Estado central a la Generalitat en mayo de 1933 (Molero, 1989a: 299). Barcelona contaba entonces con tres dispensarios, uno en la calle Radas y dos gestionados por la Caja de Pensiones (*Ibid.*: 298, nota 302).

como Lorca, Gijón o Vigo, carecían de dispensario, otras con menos de 15.000 habitantes ya disfrutaban del suyo.

En efecto, el Gobierno aspiraba a disponer, como mínimo, de un dispensario en las capitales de provincia y de otro en las poblaciones de más de 20.000 habitantes<sup>209</sup>, bajo la consideración de que ningún dispensario debía hacer frente en solitario a una demarcación de más de 50.000 personas. Los dispensarios públicos se dividirían en centrales o matrices, más dotados de medios técnicos y humanos, y locales o filiales, subordinados a los primeros.

Aunque las autoridades sanitarias aseguraban tener la intención de crear nuevos dispensarios antituberculosos, lo cierto es que su instalación quedaba condicionada a «*las disponibilidades presupuestarias*». Así las cosas, la única manera de lograr los objetivos marcados sería la incorporación total o parcial al Estado de dispensarios dependientes de ayuntamientos y diputaciones, de comisiones provinciales antituberculosas o de particulares, siempre que reuniesen los requisitos que estableciese la Dirección General de Sanidad. Sólo tendrían la posibilidad de sustraerse a esta absorción los centros que cumpliesen su misión en localidades o distritos en los que no existiesen dispensarios oficiales, siempre que se sometiesen a la intervención estatal.

Este plan contemplaba, por el siguiente orden de preferencia, la configuración de una red integrada por los siguientes establecimientos: en primer lugar, 16 dispensarios centrales en capitales de provincia que careciesen de él, bien por la incorporación de algunos privados, bien por la construcción de nuevos centros públicos; seguidamente, 5 dispensarios locales en las poblaciones mayores de 50.000 habitantes que no dispusiesen aún del suyo, es decir, en Cartagena, Gijón, Vigo, Lorca y Vallecas; después, un nuevo dispensario filial en cada una de las dos capitales de provincia mayores de 200.000 habitantes –Valencia y Sevilla–; posteriormente, seis dispensarios filiales en capitales de provincia mayores de 100.000 habitantes, que tenían en aquel momento sólo uno, para que tuviesen uno más por cada fracción de 100.000 habitantes –Córdoba, Granada, Murcia, Zaragoza, Málaga y Bilbao–; en penúltimo lugar, un dispensario local en poblaciones menores de 50.000 habitantes y mayores de 20.000 que no fueran capitales de provincia; y, finalmente, un dispensario por cada 50.000 habitantes o fracción en todas las poblaciones que excediesen de dicho censo.

---

209 En esta época, en España sólo había un dispensario por cada 357.000 habitantes (Abelló, 1936: 39).

Por lo que se refiere a las funciones de los dispensarios, entre las de carácter diagnóstico figuraban los rayos X y los análisis de laboratorio, así como la prueba de la tuberculina. La investigación debía extenderse a la familia y entorno de los enfermos, e incluso a los que habían sido dados de alta en los sanatorios. En el campo terapéutico se contemplaba todo el arsenal disponible en aquel momento, es decir, fármacos y colapsoterapia. Sin embargo, las funciones más relevantes de los dispensarios tenían que ver con la profilaxis social. Toda la asistencia prestada en los dispensarios sería de carácter gratuito, si bien, en el caso de las personas que no se encontrasen en una situación de pobreza extrema, dicha asistencia sería parcial, como complemento a la que se recibiese por otros medios.

En el ámbito de la protección de la infancia, los dispensarios antituberculosos tenían la obligación de trabajar de forma coordinada con los dispensarios de maternidad y puericultura, de modo que pudiesen conocer los alumbramientos de madres tuberculosas y tomar las medidas oportunas para salvaguardar la salud del bebé. Las familias y los focos de contagio también serían objeto de especial atención, para poder ejecutar las medidas oportunas –desinfección, aislamiento, etc.–. En lo relativo a divulgación, los dispensarios antituberculosos tenían que facilitar consejos e impartir conferencias sobre higiene para los enfermos y sus familias, y también cursillos dirigidos a escolares, maestros, matronas y practicantes, etc. sobre higiene en general y prevención de la tuberculosis en particular.

PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO
CÁCERES	1.- Sanatorio-Preventorio de San Martín de Trevejo (niños)
CANTABRIA	2.- Sanatorio de Pedrosa (marítimo)
CORUÑA, LA	3.- Sanatorio de Oza (marítimo)
GUADALAJARA	4.- Sanatorio de Alcohete (adultos)
MADRID	5.- Hospital Nacional de Chamartín (adultos y niños)
	6.- Enfermería de Chamartín (adultos y niños)
	7.- Sanatorio de Valdelatas (adultos)
	8.- Sanatorio de Húmera (adultos)
	9.- Sanatorio-Preventorio de Guadarrama, Cercedilla (niños)*
	10.- Sanatorio Lago, Tablada-Guadarrama (adultos)
MÁLAGA	11.- Sanatorio de Torremolinos (marítimo)
SEGOVIA	12.- Sanatorio-Preventorio de San Rafael (niños)
TOLEDO	13.- Sanatorio de Talavera de la Reina (adultos)
VALENCIA	14.- Sanatorio de la Malvarrosa (marítimo)

\*Este establecimiento también disponía de un servicio de colocación familiar.



En materia de sanatorios, la reforma de 1935 también tenía entre sus objetivos mejorar la situación existente, marcada por la escasez de centros y una distribución desequilibrada heredada de épocas anteriores. Según el *Anuario Estadístico de España*, editado por la Dirección General del Instituto Geográfico, Catastral y de Estadística, el Estado disponía en 1933 de 14 sanatorios, preventorios y enfermerías para tuberculosos en diversos puntos de España, resultando la provincia de Madrid especialmente beneficiada (Fig. 62). La oferta total de camas rondaba las 2.300. Tan sólo dos años más tarde, según el propio Decreto que sancionaba la nueva organización antituberculosa, existían 36 sanatorios, aunque no se especificaba su ubicación. Sin embargo, las camas disponibles, que apenas se habían incrementado, se situaban en el entorno de las 2.500, de las que aproximadamente 1.300 correspondían a los sanatorios marítimos. Teniendo en cuenta la mortalidad por tuberculosis en aquel momento, la media de camas sanatorias era de una por cada 12 defunciones, cuando lo recomendable era un mínimo de una cama por cada muerte.

En este sentido, las autoridades sanitarias aspiraban a disponer de una cama sanatorial por cada mil habitantes. Para conseguirlo, estaba previsto recurrir a los presupuestos del Estado, a los recursos extrapresupuestarios de que pudiese disponer el erario público y a los seguros de enfermedad oficiales<sup>210</sup>. En cualquier caso, todos los sanatorios, tanto los existentes como los que se instalasen en el futuro, deberían unificar criterios en materias como alimentación, tratamiento, dotación de personal, capacidad –en torno a 200-300 plazas como mínimo–, emplazamiento –a una distancia mayor de 10 kilómetros de un núcleo de población de más de 50.000 habitantes–, administración, presupuesto, etc. Adicionalmente, de forma análoga a lo que se pretendía hacer con los dispensarios, se estudiaría la incorporación definitiva a la sanidad pública de aquellos sanatorios privados, recibiesen o no subvenciones estatales, que todavía no estuviesen totalmente controlados por la lucha antituberculosa oficial. Los centros que finalmente no se integrasen en la red de sanatorios del Estado dejarían de percibir subvenciones.

Por último, para complementar la acción de los sanatorios y facilitar la reinserción laboral de los enfermos, se ordenaba a las comisiones provinciales antituberculosas que pusiesen en marcha

---

210 En esta época, el Estado no tenía habilitado todavía ningún seguro social de enfermedad, aunque sí existían los del retiro obrero, desde 1919, y de maternidad, desde 1929. Habría que esperar a 1942 para que se aprobase la *Ley del seguro obligatorio de enfermedad* (Menéndez, 2008: 120).

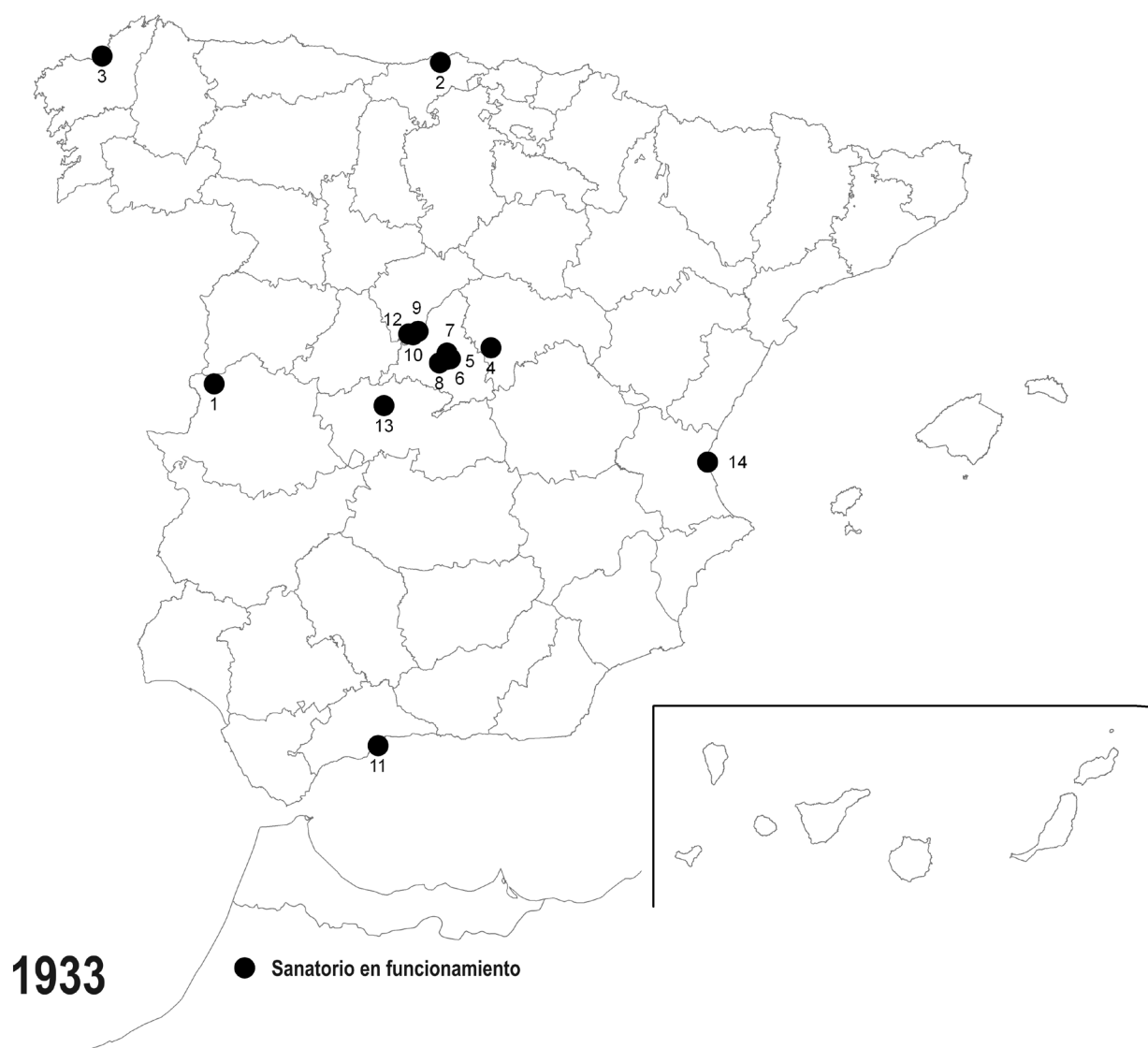


FIG. 62.— Situación de los sanatorios antituberculosos dependientes del Estado en 1933. Tabla en página anterior. Sobre datos del Anuario Estadístico de España (1934).

un servicio de colocación especialmente diseñado para ellos, en el que se buscasen las ocupaciones más adecuadas para cada caso persona, en función de su estado de salud.

En este contexto, en 1935 se introdujeron novedades en los centros infantiles que hasta ese momento habían recibido el nombre de preventorios<sup>211</sup>. Por un lado, se cambió su denominación oficial por la de «*sanatorios escuela*», pues se consideraba que la anterior inducía a error. En efecto, estos establecimientos no estaban destinados a prevenir la tuberculosis en los niños —este papel

211 Orden de 13-V-1935, en *Gaceta de Madrid*, 15-V-1935.

se asignaba a las colonias escolares, escuelas al aire libre e instituciones análogas—, sino a tratar las formas iniciales de la enfermedad. Por este motivo, el ingreso dejaría de hacerse por simple solicitud de los padres, sino a requerimiento de un dispensario central, previo reconocimiento, en línea con lo que ya se había prescrito con anterioridad en el caso de los sanatorios para adultos.

Tras la victoria del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936, el nuevo Gobierno suspendió la aplicación de esta reforma en su totalidad<sup>212</sup>, a la espera de lo que determinase un Comité Central de Lucha Antituberculosa<sup>213</sup> compuesto íntegramente por médicos, al que se le encomendó el diseño de un modelo que se esperaba definitivo e integrador, pero que nunca llegaría a ver la luz.

Cuando se inicia la Guerra Civil, el país ya contaba con 17 sanatorios y preventorios del Estado distribuidos en 12 provincias, con capacidad para 2.800 camas, a los que se sumaban otros diez de carácter particular que recibían subvenciones públicas, con un total de 500 camas. De este modo, la lucha antituberculosa oficial ya disponía de 3.300 plazas, que se verían incrementadas por las 400 de los seis nuevos centros que se encontraban en ejecución o en fase de proyecto (Fig. 63).

---

212 Decreto de 9-V-1936, en *Gaceta de Madrid*, 12-V-1936.

213 Decreto de 26-III-1936, en *Gaceta de Madrid*, 27-III-1936.

PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO
ÁLAVA	1.- Vitoria*
ALICANTE	2.- Sanatorio de Torremanzanas (adultos)
CANTABRIA	3.- Sanatorio de Pedrosa (marítimo)
	4.- Pabellón de Valdecilla (Santander)*
	5.- Torrelavega*
CORUÑA, LA	6.- Sanatorio de Oza (marítimo)
GRANADA	7.- La Alfaguara*
GUADALAJARA	8.- Sanatorio de Alcohete (adultos)
GUIPÚZCOA	9.- Andazarrate*
	10.- Éibar*
JAÉN	11.- Sanatorio de El Nerval (adultos)
MADRID	12.- Hospital Nacional de Chamartín (adultos y niños)
	13.- Enfermería de Chamartín (adultos y niños)
	14.- Sanatorio de Valdelatas (adultos)
	15.- Sanatorio de Húmera (adultos)
	16.- Sanatorio-Preventorio de Guadarrama, Cercedilla (niños)
	17.- Sanatorio Lago, Tablada-Guadarrama (adultos)
	18.- Sanatorio de Iturralde-Carabanchel (adultos)
MÁLAGA	19.- Sanatorio de Torremolinos (marítimo)
MURCIA	20.- Sanatorio de Sierra Espuña (adultos)
NAVARRA	21.- Pamplona*
SEGOVIA	22.- Sanatorio-Preventorio de San Rafael (niños)
SEVILLA	23.- El Tomillar*
TOLEDO	24.- Sanatorio de Talavera de la Reina (adultos)
	25.- Talavera de la Reina*
VALENCIA	26.- Sanatorio de la Malvarrosa (marítimo)
VIZCAYA	27.- Briñas (Bilbao)*

FIG. 63.— Red de sanatorios antituberculosos del Estado y de entidades particulares subvencionadas en 1936. Estas últimas, de las que no podemos especificar su orientación terapéutica concreta, aparecen marcadas con asterisco. Sobre datos de Buendía (2010: 279).

## COMUNICACIÓN SOCIAL: PRENSA, PROPAGANDA, DIVULGACIÓN Y DEBATE PÚBLICO DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA

JULIO BRAVO SANFELÍU Y LA MODERNIZACIÓN DE LA COMUNICACIÓN SANITARIA

Podría afirmarse que el dermatólogo aragonés Julio Bravo Sanfelíu (1894-1986) (Fig. 64) fue el artífice de la modernización de la comunicación sanitaria en España. Este proceso de actualización de la propaganda y la divulgación con origen en la Administración comenzó a manifestarse en los últimos años de la dictadura de Primo de Rivera, pero su despegue definitivo se produjo durante la Segunda República. La lucha antituberculosa tuvo un papel significativo, pero compartió protagonismo con otras preocupaciones sanitarias de la época.

Bravo Sanfelíu, nacido en Zaragoza (Perdiguero *et al.*, 2007: 80s), obtuvo premio extraordinario de licenciatura en sus estudios de Medicina. Después, estudió durante tres años en las principales clínicas de dermatología y sifiliografía de Inglaterra, Francia, Alemania y Austria, y obtuvo por oposición una plaza de médico de profilaxis antivenérea. En 1925 obtuvo una beca para estudiar la organización antivenérea de Bélgica e Inglaterra, y en 1927 viajó a Estados Unidos y Canadá pensionado por la Fundación Rockefeller para formarse en higiene y propaganda sanitaria. Rechazó una oferta de la Universidad de Detroit y volvió a España<sup>214</sup>.

Fue José Alberto Palanca, que en aquel momento era inspector provincial de Sanidad de Madrid, el que le nombró jefe de la Oficina de Propaganda Sanitaria que se instaló en el segundo dispensario antivenéreo de la capital madrileña, en 1928 (Castejón *et al.*, 2006: 417), y que era el primer departamento de estas características que se abría en España. En 1930, la oficina editó seis carteles de lucha antivenérea, con una tirada de 5.600 ejemplares<sup>215</sup>.

La apertura de esta oficina influyó en la creación en 1931, ya bajo la dirección de la Administración republicana, de una Sección de Higiene Social y Propaganda en la Dirección General de

214 Fernán Pérez: "En lucha contra la enfermedad. Luminosa aurora de la profilaxis sanitaria", *España Médica*, 15-I-1930, p. 13.

215 *Ibid.*, p. 14.



Sanidad. Su objetivo era asesorar y realizar actuaciones en materia de higiene social y especialmente sobre alcoholismo, enfermedades venéreas y cáncer, y divulgar las bondades de la higiene personal<sup>216</sup>. Al frente de la misma se situó en 1933, por concurso-oposición, Julio Bravo, el único que optó a la plaza<sup>217</sup>.

La formación recibida por Bravo en el extranjero – donde la divulgación sanitaria gozaba de un grado de desarrollo mucho mayor, tanto en cantidad como en calidad (Perdiguerro *et al.*, 2007: 70, nota 11)–, especialmente en la Escuela de Higiene de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, le permitió implantar en España conceptos y estrategias que hasta entonces siquiera se habían esbozado primitivamente.

Para Bravo, era fundamental transmitir empatía y humanidad, apelando a la emotividad:

*«Por mucho que avance la técnica hay algo que ésta no podrá infundir a la palabra, y es el calor humano. No es siempre maestro el más sabio, sino el que además de ciencia, pone arte, alma y vida en su labor. Logra más el que se hace querer que el que se hace temer»* (Bravo, 1953: 7).

También consideraba de vital importancia adaptar el mensaje al destinatario y, ante públicos muy heterogéneos, buscar la máxima sencillez posible, pues eso garantizaba la comprensión generalizada del mensaje:

*«El concepto de que “el buen paño en el arca se vende”, o de que “el buen vino no necesita bandera”, con tener, como todos los refranes, un gran fondo de verdad, no puede aceptarse del todo. Y menos cuando se trata de la propaganda o divulgación sanitaria. El verbo divulgar expresa claramente la idea de difundir entre el pueblo conceptos y conocimientos difíciles de comprender de no ser puestos a su alcance de una*



FIG. 64.— Julio Bravo Sanfeliú, nombrado jefe de la Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad en 1933. Foto: [www.encyclopedia-aragonesa.com/recurso.asp?recurso\\_id=1586](http://www.encyclopedia-aragonesa.com/recurso.asp?recurso_id=1586) (acceso 7-X-2015).

216 Decreto de 13-X-1931, en *Gaceta de Madrid*, 14-X-1931.

217 Orden de 27-IV-1933, en *Gaceta de Madrid*, 2-V-1931.

*manera sencilla, gráfica y llamativa. [...] Y esto, naturalmente, tiene siempre un carácter de urgencia que no se compagina bien con el sistema de esperar a que la gente se vaya enterando dónde se vende el buen paño o el buen vino»* (Bravo, 1951: 4s).

Con respecto a la psicología del pueblo español, Bravo estaba convencido de que su sentido crítico y su sentido del ridículo eran obstáculos que debían tenerse muy en cuenta. El tono imperativo no era bien recibido y, por lo tanto, tenía un efecto contraproducente:

*«Aquí se consigue mucho más con la cortesía y las buenas maneras. La diferencia entre el no escupir y el se ruega no escupir se nota fácilmente en el suelo [...]»* (Bravo, 1951: 9).

En una buena estrategia comunicativa había que hacer uso, además, de todos los medios posibles, con pleno conocimiento y dominio de sus respectivas características y particularidades. La imagen, gracias a su elevada capacidad de impactar sobre grandes masas de población, tenía un gran protagonismo. Según Bravo, era un auxiliar maravilloso en toda campaña de propaganda, pero para que cumpliera su función tenía que ser *«un grito en la pared»* (Bravo, 1951: 23).

*«Cuando está bien hecho se enteran de él hasta los analfabetos. La Humanidad en el conjunto posee una credulidad tan fácilmente explotable [...]»<sup>218</sup>.*

Además, en los carteles, tan importante como esa capacidad de captar la atención era el contexto en el que se colocaban. Bravo consideraba que había que fijarlos donde no hubiese más remedio que mirarlos y, además, durante mucho tiempo (Bravo, 1951: 26s).

En el concepto de propaganda moderna de Bravo, el cine se sitúa sin ningún género de dudas como la herramienta más valiosa, por encima de cualquier otro medio:

*«La eficacia del cine como instrumento educativo es incomparable. Se ha demostrado experimentalmente que la persistencia del recuerdo de una película es mucho mayor y más viva que la que puede producir una conferencia o un libro, aunque sea ilustrado. [...] Nosotros hemos defendido calurosamente este tipo de películas, que debe insertarse en los programas ordinarios»* (Bravo, 1953: 12s).

---

218 Fernán Pérez: "En lucha contra la enfermedad. Luminosa aurora de la profilaxis sanitaria", *España Médica*, 15-I-1930, p. 15.

En efecto, en 1932 ya advirtió de la utilidad que el cine sonoro podía prestar a la divulgación sanitaria (Perdiguero, 2009: 149) y, tan sólo un año después, ordenó que se incluyeran películas sanitarias breves en las sesiones cinematográficas comerciales<sup>219</sup>, especificando poco después –a buen seguro se produjeron no pocas resistencias en el sector, como sucedió con el público (*Ibid.*)– que su proyección no se realizase en los descansos ni con las luces de la sala encendidas<sup>220</sup>. En palabras del propio Bravo:

*“[...] es más fácil que la gente se mueva para ir a ver a Charlot, a los hermanos Marx, a la Greta Garbo o a Rita Hayworth, y los pícaros propagandistas sanitarios pueden aprovechar la concurrencia para incluir en la primera parte del programa un documental de divulgación» (Bravo, 1951: 30).*

Además de no exceder los doce minutos de metraje, las películas de divulgación no debían ofrecer escenas de carácter repugnante o pesimista, sino un optimismo aleccionador y constructivo (Bravo, 1951: 32).

En las charlas y conferencias, la brevedad y la sencillez eran la mejor garantía de éxito. En el caso de las que utilizaban la radio, se imponía una duración aún menor, no más de siete minutos, frente a los 45 minutos de las presenciales, por la falta de estímulos visuales que reforzasen el mensaje y la consecuente pérdida de atención (*Ibid.*: 15).

Por lo que respecta al artículo periodístico de divulgación sanitaria, Bravo pensaba que no era suficiente con una buena factura formal (*Ibid.*: 19):

*«Es necesario ser un artista de la divulgación. Es necesario tener un sentido periodístico de las cosas. No todas las cosas pueden decirse en letra impresa. No todas merecen decirse. [...] Hay que saber decir y tener, además del arte y la ciencia, el instinto de lo que es noticiable y el don de la oportunidad» (Bravo, 1951: 20).*

En los folletos divulgativos, creía que la información debía ser ligera, fácil de digerir. Había que huir de textos demasiado densos y hacer un uso frecuente de la ilustración para amenizar y hacer más comprensible la información (Bravo, 1951: 21).

219 Orden de 3-X-1933, en *Gaceta de Madrid*, 8-X-1931.

220 Orden de 10-X-1933, en *Gaceta de Madrid*, 12-X-1931.

## CARTELES

Con Julio Bravo al frente de la Sección de Higiene y Propaganda de la Dirección General de Sanidad, se editaron carteles de diversas temáticas. Aunque la salud materno-infantil fue uno de los asuntos más promocionados por todos los medios, también se produjeron carteles sobre tuberculosis, entre otras materias (Castejón *et al.*, 2006: 422).

Así, de los siete carteles antituberculosos recogidos por Molero (2012: 66ss), seis tienen como protagonistas o coprotagonistas a los niños. Otro elemento casi omnipresente, en con mayores o menores dimensiones, es la cruz de Lorena, símbolo universal de la lucha antituberculosa; y, en el caso de los carteles de la Dirección General de Sanidad, el escudo de dicho organismo. Este último no sólo les da un marchamo de oficialidad, sino que recuerda al espectador el protagonismo del Estado en la lucha contra la tuberculosis.

En los seis carteles de la Administración sanitaria central citados por Molero (2012: 66ss) se aprecian diferentes estilos (Fig. 65), lo que pone de manifiesto que son producto de varios autores. Los mensajes son claros y concisos. Predominan los negativos, es decir, los encaminados a evitar determinadas prácticas: barrer en seco (*Ibid.*: 67), escupir en el suelo (*Ibid.*: 69) y beber leche no esterilizada (*Ibid.*: 66). En este último caso, la utilización de una estampa rural indica que esta práctica se asociaba a las poblaciones humildes y ajenas al espacio urbano. Algo parecido sucede con el cartel que pide que no se escupa, que retrata a un hombre vestido de manera informal<sup>221</sup>. Un cuarto cartel reúne, en la parte superior, la imagen de un hombre que está siendo reconocido por un médico, y, en la inferior, la de su mujer e hijos, en un hogar donde reina la pobreza. Todos los rostros transmiten reflejan una gran pesadumbre. El dramático conjunto se completa con una frase: «¿Y los demás?» (*Ibid.*: 67).

En contraste con estas estampas, en otros dos carteles se parte de un mensaje positivo, es decir, una invitación a seguir pautas de comportamiento que contribuyen a evitar el contagio: pasar el mayor tiempo posible al aire libre y dormir con las ventanas abiertas. En ambos casos, los per-

221 Tal y como ha afirmado Molero (2001c: 144), el principal objetivo en la 'guerra al esputo', considerado uno de los principales medios de transmisión de la tuberculosis, eran las clases populares, por considerarse que éstas acostumbraban a escupir en cualquier lugar.





FIG. 65.— Distintos modelos de cartel utilizados durante la Segunda República según el tipo de mensaje (Molero, 2012: 68).





FIG. 66.— «Junta Provincial de Lucha Antituberculosa. Valencia. Dad diez céntimos para salvar la vida de los tuberculosos». CDMH, PS-CARTELES, 2124. Canet, 1932.



FIG. 67.— «Lucha antituberculosa de España. Dispensario oficial antituberculoso de San Sebastián. Donostia'ko tuberkulosis aurkako senda-lekua», en [www.txikizabalo.com/buscabi.php?id=138](http://www.txikizabalo.com/buscabi.php?id=138) (acceso 29-IX-2009).

sonajes que aparecen encarnan a las clases acomodadas (Molero, 2012: 68) (Fig. 65).

Otro cartel<sup>222</sup> (Fig. 66), de la junta provincial antituberculosa de Valencia, muestra un niño desnudo estigmatizado por la tuberculosis sobre una gran cruz de Lorena (Molero, 2012: 64). Con él se pretende estimular la generosidad del público con la causa antituberculosa: «*Dad diez céntimos para salvar la vida de los tuberculosos*» (*Ibid.*: 66).

Finalmente, podemos citar el cartel anunciador del dispensario antituberculoso que el Estado inauguró en San Sebastián en julio de 1934, obra del ilustrador vasco Juan Zabalo 'Txiki' (Fig. 67). En este cartel, la cruz de Lorena continúa siendo uno de los símbolos inequívocos de la lucha antituberculosa, aunque acompañada de una figura de trazo sencillo que representa a una enferme-

222 C(entro) D(ocumental) de la M(emoria) H(istórica), PS-CARTELES, 2124. Canet, 1932.

ra que, sonriente, invita a hacer uso del dispensario. El texto, aunque en su mayor parte está escrito en castellano, incorpora también la lengua vasca.

## CINE

El catálogo de películas sanitarias durante esta época fue muy reducido en España (Perdiguero *et al.*, 2007: 81), y no tenemos constancia de ninguna exclusivamente dedicada a la tuberculosis.

Sin embargo, podemos citar una cinta de 20 minutos dirigida por Julio Bravo en 1936, titulada *Vidas nuevas* y patrocinada por los laboratorios Bayer (Pediguero *et al.*, 2007: 82). Aunque la película gira en torno a la protección de la salud de los niños, hay diversas referencias a la tuberculosis, pues esta enfermedad era de las más terribles amenazas para la vida de los infantes. Así, una de las secuencias recoge la imagen de un niño que lleva prendida en el pecho una medalla con la inscripción «*No me beses*», cuyo objetivo, según indica la locución –la voz es la del propio Bravo– era evitar contagios, especialmente de catarros, que en muchos casos escondían una tuberculosis. También se muestran vacunaciones contra la tuberculosis, la viruela y la difteria.

## RADIO

Durante la Segunda República, las grandes posibilidades de difusión que ofrecía la radio fueron aprovechadas para la emisión de programas dedicados a divulgación sanitaria<sup>223</sup>. El propio Marcelino Pascua (1934: 9 en Bernabeu-Mestre *et al.*, 2011: 51), director general de Sanidad entre 1931 y 1933, expresó su confianza en que este medio pudiese convertirse en uno de los mejores colaboradores de la sanidad oficial.

Como en otros tantos medios, la protección de la infancia fue una de las temáticas más destacadas, aunque, como también hemos indicado en otros puntos, la tuberculosis aparece frecuentemente asociada. Es el caso de las conferencias sobre cuidados infantiles que se emitieron en Unión

---

223 Existen dos precedentes en 1925, que han sido documentados por Perdiguero (2009: 150): las charlas científicas de Unión Radio, en las que en alguna ocasión se introducían temas sanitarios; y, sobre todo, una serie de charlas sobre medicina a cargo de reputados profesionales madrileños, emitidas a través de Radio Madrid.

Radio entre enero y marzo de 1933<sup>224</sup>, a cargo de la Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados (1933). Casi todas las charlas se dirigían al público femenino de forma explícita, depositando exclusivamente en las mujeres la responsabilidad de la crianza de los hijos.

En una de estas conferencias, impartida por el Dr. Juan Bravo Frías (Bravo, 1933b: 13ss), jefe de la Sección de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad, se explica a las madres que la consulta prenatal es uno de los pilares básicos de la acción del Estado contra la mortalidad infantil, y que una de sus funciones es hacer profilaxis de la tuberculosis y propaganda de la vacunación BCG, que practican a domicilio las enfermeras visitadoras.

En este campo, Bravo Frías (1933b: 16) anunciaba que la Dirección General de Sanidad había puesto en marcha en la sierra de Guadarrama un centro de colocación de recién nacidos en familias sanas, separándolos así de su madre tuberculosa y vigilándolos semanalmente en la consulta del preventorio, y diariamente en el domicilio de su familia adoptiva mediante la enfermera visitadora. El conferenciante anunciaba que la Sección de Higiene Infantil tenía la intención de fomentar la creación de centros análogos en las inmediaciones de los sanatorios y dispensarios de higiene infantil en todas las provincias.

Este centro de colocación sería el principal objeto de una charla posterior a cargo de su propio director, Ortiz de Landázuri (1933), que explicaba con detalle cómo funcionaba y con qué medios técnicos estaba equipado. También anunciaba que estaba previsto poner en marcha centros auxiliares en Los Molinos y Collado Mediano para poder tener colocados más de 100 niños.

Otro de los protagonistas de las conferencias fue el Dr. Gómez Pallete<sup>225</sup> (1933: 108), director del preventorio de San Rafael y presidente de la Asociación de Puericultores. Su intervención se centró en la vacunación antituberculosa en los recién nacidos, con una especial atención a los beneficios que ésta suponía en los hijos las familias humildes, que no disponían de otros medios para protegerlos del contagio.

---

224 Rodríguez y Molero (1993: 46) han constatado otra serie de conferencias radiofónicas sobre esta temática con motivo del Día del Niño en Granada, en 1936.

225 Gómez Pallete fue médico personal de Manuel Azaña (Ruiz-Manjón, 2010: 249).

Por otro lado, en marzo y abril de 1935 se emitió en Radio España de Madrid un ciclo de conferencias sobre «*El problema de la lucha antituberculosa en España*»<sup>226</sup> a cargo del periodista Francisco Prada. Aunque desconocemos el guión de dichos programas, todo parece indicar que están íntimamente relacionados con una serie de reportajes sobre la lucha contra la tuberculosis que se publicaron en el diario *ABC* a lo largo de 1935, firmados por este periodista (*vid. infra*).

PRENSA ESPECIALIZADA: *REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS*

Aunque durante el periodo republicano se publicaron otras revistas especializadas, como *Archivos de tuberculosis de la Enfermería de Chamartín de la Rosa* (López y Terrada, 1990: 42) o la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, de la que ya nos hemos ocupado<sup>227</sup>, la verdadera protagonista de este periodo será la *Revista Española de Tuberculosis*.

Nacida en 1930, esta publicación constituye una excelente fuente para el estudio de la enfermedad durante los años de la Segunda República –excluido el periodo de la Guerra Civil, durante el que dejó de editarse– desde una perspectiva social. Sin dejar jamás de lado su orientación eminentemente científica, supo mantenerse permanentemente en contacto con la realidad de su tiempo, lo que la hace especialmente atractiva. Así, en ella encontraron cabida las reflexiones y valoraciones de los más reputados especialistas acerca de la lucha antituberculosa, además de todo tipo de datos de gran interés para la caracterización de la tuberculosis como enfermedad y problema social.

En este sentido, José Valdés Lambea, primer director de la revista (Fig. 68), reveló de forma muy expresiva su particular visión del problema de la tuberculosis como cuestión social:

*«El gran problema de la tuberculosis en su aspecto social, [...] es un problema de cultura. [...] el estar la gente en condiciones de medir la importancia y el alcance de la tuberculosis como enfermedad social, han de dar el sentimiento del asunto, y este sentimiento es precisamente la vida del problema y el camino de la solución. En la actualidad, la gente no siente el problema de la tuberculosis, no le interesa, no le preocupa. Entre tanto, y pese al optimismo de algunas estadísticas, los cementerios españoles se llenan de cadáveres*

226 “Telefonía sin hilos”, en *ABC*, 12-III-1935, p. 57; *Ibid.*, 19-III-1935, p. 62; *Ibid.*, 26-III-1935, p. 57; *Ibid.*, 2-IV-1935, p. 52; *Ibid.*, 9-IV-1935, p. 55; *Ibid.*, 30-IV-1935, p. 55.

227 Véase el epígrafe dedicado a comunicación social del capítulo 3.3.1.



FIG. 68.— José Valdés Lambea (1888-1969). Foto: Díaz-Rubio (2008: 188).

*de tísicos, y esto de la lucha antituberculosa no pasa todavía de ser una intención plausible y un tema de artículos periodísticos y un pretexto para fiestas benéficas»* (Valdés, 1930: 414).

También resulta muy ilustrativa la metafórica estampa que aparecía en la portada de la revista –a partir de 1933, en la portadilla interior–: un gran libro aparta de una guadaña a una figura humana que camina hacia un horizonte luminoso. Sin duda, la imagen refleja una clara conciencia de la responsabilidad del estamento médico en la lucha antituberculosa, concebida no sólo como un reto científico, sino también como estrategia frente a un grave problema de índole social.

El comité directivo estuvo integrado por los doctores Blanco, Crespo Álvarez, Eizaguirre, Rodríguez de Partearroyo, Valdés Lambea, Verdes Montenegro, Zarco –desde enero de 1933– y Tapia –al menos desde enero de 1936–. Al frente de todos ellos se situó como director Valdés Lambea hasta enero de 1935, momento en que fue sustituido por Tapia, director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

Los redactores habituales fueron Avendaño, Barbero, Blanco Rodríguez, Cabello, Codina Suqué, González Deleito, Reñina, Retes y Velasco. En enero de 1933 Benítez Franco se convirtió en redactor jefe y se sumó al equipo un redactor gráfico, Luis G. Mendoza. En agosto-septiembre de ese mismo año se incorporaron dos corresponsales en Barcelona, Dargallo y Xalabarder<sup>228</sup>.

En la nómina de colaboradores, la *Revista Española de Tuberculosis* contó con figuras de la medicina española tan destacadas como los doctores Marañón, Jiménez Díaz, Vallejo Nájera y Pittaluga, junto a tisiólogos de prestigio como Abelló Pascual, Buylla, Codina Castellví, García Triviño, Palanca, Partearroyo, Sayé, Tapia, Verdes Montenegro y Díez Fernández. También recibía

228 Nos referimos a Conrado Xalabarder, hijo de Eduardo Xalabarder, miembros del Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis. Véase epígrafe dedicado a marco normativo y organizativo en el capítulo 3.3.1.



colaboraciones desde Estados Unidos, Argentina, Italia, Francia, Suiza y Dinamarca, lo que da muestras de su relevancia en el ámbito internacional.

La *Revista Española de Tuberculosis* contó durante el periodo republicano con unas secciones fijas o muy frecuentes y otras de aparición más ocasional. Entre las primeras se encontraban, en primer lugar y como núcleo fundamental, los artículos originales; “*academias y sociedades*”, sobre las sesiones celebradas por distintas agrupaciones médicas, como la Sociedad Española de Tisiología; “*notas bibliográficas*”, esto es, brevísimas reseñas sobre los últimos libros aparecidos en el campo de la tisiología; “*revista de revistas*”, sobre artículos aparecidos en otras revistas médicas; “*fichero radiográfico*”, en la que se insertaba la reproducción de una radiografía con su correspondiente comentario médico; y “*sección práctica*”, sobre el estudio de un caso concreto. También había espacio para todas las disposiciones legislativas relacionadas con la organización de la lucha antituberculosa del Estado, actualidad congresual e incluso tesis doctorales. Mención aparte merece la sección especial y con entidad propia titulada “*Gaceta de la Lucha Antituberculosa*”, que trataremos en detalle más adelante.

En el campo de la opinión, destacan las contribuciones de personajes clave en la lucha antituberculosa de la época, que aportaban su particular visión sobre las trascendentales transformaciones que estaba experimentando la Administración sanitaria.

El primer testimonio de estas características se produjo en abril de 1933. Coincidiendo con la dimisión de Marcelino Pascua como director general de Sanidad (Bernabeu-Mestre, 2000: 2), José Alberto Palanca valoró desde las páginas de la revista cómo se había gestionado la lucha antituberculosa en España en los años inmediatamente anteriores. Su opinión es tanto más significativa si recordamos que Palanca había sido el último director general de Sanidad de la dictadura prorroiverista y que quien le había sustituido había sido Pascua (*Ibid.*: 4).

Según Palanca (1933: 364), tan defectuoso había sido el sistema empleado en los años del Real Patronato como el impulsado por la República, ya que en ninguno de los dos casos existía una actuación coordinada y consensuada de todas las partes implicadas. Además, criticaba con vehemencia la constitución de la política sanatorial como base de la lucha antituberculosa, ya que,

a su juicio, la mayor parte de los enfermos ingresaban en los sanatorios cuando la cura practicada en este tipo de establecimientos de poco podía servirles dado el avanzado estado de sus lesiones.

Seguidamente, Palanca proponía las soluciones que habrían de contribuir a dar buen término a una lucha antituberculosa que la República no había conseguido encauzar correctamente. En la base del problema se encontraban los «*personalismos y parcialidades*» (Palanca, 1933: 369), la nula atención prestada a las indicaciones de los expertos en la materia y la multiplicación del gasto sanitario sin una detenida reflexión. Por ello, se imponía una respuesta decidida de toda la sociedad, una auténtica concienciación colectiva, más allá del acaparamiento de funciones y facultades por parte del Estado.

En enero de 1935, la *Revista Española de Tuberculosis* se hizo eco de unas palabras de similar dureza, pronunciadas por Ángel Navarro Blasco (1935) en una sesión celebrada en la Sociedad Española de Tisiología en noviembre del año anterior. Sus aceradas críticas a Verdes Montenegro, que era director general de Sanidad en aquel momento<sup>229</sup>, por su reforma de las comisiones gestoras provinciales<sup>230</sup> ponen de manifiesto la honda polémica que suscitó esta cuestión en el colectivo médico. En efecto, la reforma estableció que la única fuente de financiación de estos organismos, que se configuraban sin ningún tipo de facultades ejecutivas, serían las donaciones particulares, medida que Navarro consideró completamente desacertada.

También en enero de 1935, la revista comenzó a incluir una nueva sección denominada *Gaceta de la Lucha Antituberculosa*, que resultó ser para la comunidad médica un espacio de debate sobre la orientación y organización que debía darse a la lucha antituberculosa en España. Aunque esta sección recibió un tratamiento especial que le otorgaba cierta entidad e independencia dentro de la revista, su extensión fue disminuyendo progresivamente hasta su completa desaparición en enero de 1936. No existe ningún tipo de evidencia que pueda explicar por qué la *Revista Española de Tuberculosis* decidió prescindir de una sección que pareció generar tantas expectativas.

---

229 Véase el epígrafe dedicado al marco normativo y organizativo en el presente capítulo.

230 *Ibid.*

Desde su primera entrega y hasta abril de 1935, la *Gaceta de la Lucha Antituberculosa* publicó las respuestas que diversas figuras de la medicina nacional habían facilitado a un cuestionario planteado previamente, y que incluía prácticamente todas las cuestiones que en aquellos momentos eran objeto de discusión: modelo de financiación, modelo organizativo, modelo asistencial, selección y formación del personal sanitario, criterios de admisión y permanencia en los centros sanitarios, y seguro contra la tuberculosis<sup>231</sup>.



FIG. 69.— Antonio Crespo Álvarez (1891-1972). Retrato: Díaz-Rubio (2014: 52).

Una de las cuestiones que mayor debate suscitó fue la relativa a la financiación de la lucha antituberculosa. Manuel Tapia (1935: 84s) defendió que dicho peso fuera asumido fundamentalmente por la Administración central, con la colaboración de las entidades regionales, provinciales y locales, pero sin desdeñar la posibilidad de establecer tasas especiales para las grandes rentas e industrias. Tampoco había que desestimar el sello voluntario y las aportaciones particulares, «pero huyendo de espectáculos ridículos, que más sirven como disculpa para diversión que de efectiva utilidad» (*Ibid.*), en una clara alusión a la *Fiesta de la Flor*.

Por su parte, Antonio Crespo Álvarez (1935: 241s), director del dispensario del distrito de Hospital de Madrid (Fig. 69), Juan Torres Gost<sup>232</sup> (1935: 93), director del sanatorio de Húmera, y Rafael Navarro Gutiérrez (1935: 156), director del dispensario del distrito madrileño de Buenavista, también apoyaban una financiación fundamentalmente estatal de la lucha antituberculosa.

Marcelino Pascua, ex director general de Sanidad, coincidía, aunque con ciertos matices, con el Dr. Tapia en muchas de sus consideraciones, e incluso enfatizó su opinión negativa sobre los festivales benéficos, a los que se que se refirió como

231 No hay que perder de vista que estas cuestiones no sólo se discutían en los círculos médicos, sino también en el ámbito político. La lucha antituberculosa no dejaba de ser una cuestión de interés nacional, como demuestra el hecho de que la construcción de sanatorios fuera una promesa electoral de todos los partidos políticos durante la Segunda República (Molero, 2012: 64).

232 Torres Gost sustituyó a Manuel Tapia en la dirección del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas en 1936 (López-Escobar y Lozano, 2003: 86).

*«[...] todo ese tinglado engañoso a que antes nos tenían acostumbrados de “Fiestas de la Flor” y demás espectáculos y diversiones callejeras a costa de los pobres enfermos y que nada realmente importante producían aquí. Por la tenacidad de una sola persona se lograron más recursos económicos para la Lucha en España que en treinta años de mojigangas florales»* (Pascua, 1935: 88).

Muy al contrario se manifestó José Verdes Montenegro (1935: 155), que realizó una defensa cerrada de su reforma de las comisiones gestoras provinciales, explicando que la acción del Estado debía ser meramente directiva y que la responsabilidad económica correspondía a toda la sociedad.

Julio Blanco Sánchez (1935: 158), director del sanatorio Lago, creía en un modelo de financiación mixto, en el que el gasto se repartiría entre el Estado, las provincias, los municipios con capacidad económica y las instituciones privadas de asistencia social, al que habría que sumar aportaciones obligatorias para un plan de asistencia a tuberculosos pobres y voluntarias, como sobretasas postales y lotería. Esta opinión era compartida por F. Rodríguez de Partearroyo (1935: 322), director de la Enfermería para Tuberculosos de Chamartín de la Rosa.

Por lo que respecta a los centros de tratamiento, Manuel Tapia (1935: 88ss) era partidario de establecer una estructura basada en el dispensario, el sanatorio y el hospital, aunque racionalizando las funciones de cada uno de ellos. Así, en los dispensarios habrían de prestarse tratamientos ambulatorios, mientras que los sanatorios tendrían que ubicarse cerca de las ciudades, y no en entornos serranos alejados de los grandes núcleos de población. Por último, los hospitales serían centros de beneficencia de escaso coste donde los incurables recibirían los cuidados necesarios. Antonio Crespo (1935: 242) consideraba que urgía en primer lugar la creación de hospitales para incurables que el incremento de camas sanatoriales, pero abogaba en primer lugar por culminar la implantación de dispensarios en todas las provincias, así como por la consolidación de los mismos dotándolos de los medios necesarios.

Algunas de las consideraciones realizadas sobre las formas de ingreso que debían establecerse en los centros de tratamiento ponen de manifiesto que, pese a la existencia de normas basadas en criterios objetivos, el trato de favor dispensado a algunos pacientes estaba a la orden del día. Así lo estimaba el Dr. Tapia (1935: 87), que, además de prescribir un sistema basado en unidades completas en el que cada dispensario trabajaría en coordinación con un sanatorio determinado y otros

centros de hospitalización, solicitaba que se prohibiera a las autoridades superiores toda coacción para favorecer a determinadas personas faltando a lo reglamentario.

Por su parte, Marcelino Pascua (1935: 88s) consideraba que la red de centros antituberculosos debía ser mucho más variada, y, junto al sanatorio –especialmente el de altura–, el dispensario y el hospital, defendía la existencia del preventorio y las distintas instituciones postsanatorias. No obstante, coincidía con Tapia (1935: 90ss) en que urgía crear unidades sanitarias para la acción coordinada de dispensarios, sanatorios y demás centros de atención al tuberculoso. También se manifestaba en términos muy similares con respecto a las, al parecer, frecuentes injerencias de algunas autoridades para adulterar el sistema de turnos de ingreso en los sanatorios; de ahí que defendiera que en 1932 y 1933 se hubiese impuesto la política del mal menor, es decir, el ingreso por turno riguroso de solicitud.

Julio Blanco (1935: 158) y Rafael Navarro Gutiérrez (1935: 156s) sugerían, al igual que Marcelino Pascua, una red de centros antituberculosos muy diversificada en cuanto a su tipología, si bien Pascua (1935: 90) estimaba que había que incrementar el número de dispensarios y de camas en los sanatorios. Y por lo que respecta a las normas que debían prevalecer para el ingreso en las instituciones antituberculosas, tanto este último como Blanco (1935: 159), Crespo (1935: 242) y Partearroyo (1935: 324) eran partidarios de que los dispensarios fueran las únicas entidades autorizadas para prescribirlo, en un contexto de grandes unidades sanitarias completas.

Respecto a esta cuestión, Torres Gost (1935: 94ss) se mostró disconforme tanto con el sistema de ingreso por orden de solicitud como con el que terminaría oficializándose en septiembre de 1935, basado en la selección de los dispensarios<sup>233</sup>. En su opinión, lo más urgente era la creación de camas para tuberculosos, especialmente en los hospitales de la beneficencia provincial, donde se necesitaban 5.000 para tuberculosos y 100.000 en hospitales de todo tipo. Partearroyo (1935: 323) también consideraba que la prioridad era incrementar las plazas para incurables, especialmente en centros periurbanos. Asimismo, según Torres Gost (1935: 94s) era necesario crear *más* dispensarios y centros secundarios de higiene en el ámbito rural, ya que sólo cinco de los veinticinco millones de habitantes con que contaba España vivían en las ciudades. Esta observación era compartida

---

233 Véase epígrafe dedicado a marco normativo y organizativo en el presente capítulo.



por Rafael Navarro Gutiérrez (1935: 156s), que no sólo proponía que los dispensarios llegaran a los núcleos de población de mediano tamaño, sino la puesta en marcha de equipos móviles.

Torres Gost (1935: 95) rechazaba la idea de que los dispensarios realizasen tratamientos ambulatorios, pues ponían en peligro la sostenibilidad de estos centros, en los que se prestaba asistencia gratuita a cualquier ciudadano sin atender a sus recursos. Partearroyo (1935: 323) consideraba que sí debían realizarse, aunque como mal menor y exclusivamente a pacientes sin capacidad económica.

Verdes Montenegro (1935), por su parte, aun reconociendo que en España no existía un número suficiente de instituciones antituberculosas, aseguraba que el problema de señalar cuántos centros eran necesarios había que posponerlo hasta que el sistema sanitario se acercase a los requerimientos que derivaban de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis registrados en el país. Con respecto a las modalidades de ingreso en los sanatorios y hospitales, volvió a realizar una clara defensa de su gestión al frente de la Dirección General de Sanidad aludiendo a las medidas aprobadas durante su mandato relativas a esta cuestión, y a las que ya se hecho mención con anterioridad. En cierto sentido, Partearroyo (1935: 323) compartía la visión de Verdes Montenegro con respecto a la creación de centros de tratamiento, de modo que no consideraba posible estimar cuántos hacían falta hasta que no se pudiesen conocer las necesidades reales de cada territorio, lo cual vendría dado por la implantación de los dispensarios necesarios.

Se plasmaron opiniones muy diversas en torno a la selección del personal facultativo, entre las que destacan las relativas a los sistemas de oposición y concurso-oposición. Por ejemplo, Juan Torres Gost (1935: 95) era partidario del ingreso por oposición en todos los cargos médicos de los hospitales, al igual que Antonio Crespo (1935: 242), Julio Blanco (1935: 159) y F.R. de Partearroyo (1935: 323), que defendían este procedimiento para asegurar la máxima limpieza en la elección de profesionales.

Manuel Tapia (1935: 87), sin embargo, consideraba que el concurso-oposición era el mejor método para la cobertura de puestos directivos, pero que el resto de personal debía ser elegido por designación directa del director de cada centro. En este sentido, Marcelino Pascua (1935: 91) estimaba que los aspirantes a especializarse en fimatología debían ejercer previamente la medicina

general, y que sólo después de trabajar en instituciones antituberculosas y contar con el reconocimiento de sus compañeros de profesión, habrían de ser nombrados interinos y posteriormente consolidados en su puesto.

Rafael Navarro Gutiérrez (1935: 157s) y Partearroyo (1935: 323) también consideraban que los aspirantes a fimatólogos tenían que ser en primer lugar internistas, para especializarse después bien en las aulas, bien a través de la práctica profesional. Sin embargo, Navarro (1935: 157s) no era partidario de la creación de escuelas para la enseñanza de la fimatología, sino de cátedras en las principales universidades. Verdes Montenegro (1935: 156) se limitó a defender una mayor formación en materia de fimatología en las Facultades de Medicina, así como la consiguiente especialización en las instituciones antituberculosas.

Las opiniones en torno a la conveniencia de implantar un seguro de enfermedad contra la tuberculosis fueron muy diversas. Manuel Tapia (1935: 87) se situó entre sus máximos defensores, pues veía en él la única manera de dar cobertura económica a las familias que se veían privadas de su sustentador principal por enfermedad. Julio Blanco (1935: 160) también estaba convencido de la necesidad de su implantación, precisando que todos los interesados tendrían que subvenir a su financiación –Estado y entidades oficiales, patronos, obreros–, en las proporciones adecuadas, y siempre y cuando las sumas recaudadas y el desarrollo de la lucha antituberculosa en general estuviesen a cargo de un amplio comité.

Por su parte, Marcelino Pascua (1935: 92) postulaba en su lugar un seguro general para todas las enfermedades. También era contrario a la implantación de un seguro contra la tuberculosis Verdes Montenegro (1935: 156), si bien por motivos bien distintos, pues en su opinión las estadísticas que habrían de servir de base para su puesta en marcha no habían alcanzado en España la perfección necesaria. De una opinión similar era Navarro Gutiérrez (1935: 158), dado que, a su juicio, la lucha antituberculosa estaba sin organizar, con escasos medios de trabajo y sin estudios estadísticos profundos y exactos. En ese contexto, prefería que se impulsase el mutualismo y que el Estado profundizase en el problema.

Por su parte, F.R de Partearroyo (1935: 324) veía la existencia de un seguro general de enfermedad como algo positivo, pero no creía que fuera posible su puesta en marcha ni siquiera de

manera parcial, esto es, orientado exclusivamente a la tuberculosis. En una posición intermedia y poco definida se situó Torres Gost (1935: 96s), que, basándose en la obligación que el Estado tenía de luchar contra la tuberculosis, proponía destinar los intereses de un fondo especial y aportaciones obligatorias, semivoluntarias y voluntarias. Por último, Antonio Crespo (1935: 243) se limitó a señalar que urgía que el Estado estudiase la conveniencia de su implantación, sin entrar en más valoraciones.

Carlos Díez (1935), director del dispensario del distrito de Universidad, en Madrid, fue muy breve en sus comentarios, sin ajustarse al cuestionario previo. Bajo su punto de vista, la organización de la lucha antituberculosa no podía ser más que una pieza más dentro de la organización sanitaria general del país, concebida como una «*obra nacional en el más pleno sentido de la palabra*» (Díez, 1935: 92) para establecer unos principios generales normativos comunes sobre los que trabajar en función de las necesidades y características de cada territorio. Además, el Dr. Díez hacía hincapié en que el Comité Nacional Ejecutivo creado en 1932, al que había pertenecido (Marco, 2009: 6), ya había estudiado y resuelto casi todas las cuestiones planteadas por la *Gaceta de la Lucha Antituberculosa*. En este mismo sentido se manifestó Antonio Crespo (1935: 241), que también fue integrante de aquel comité.

#### UN CASO SINGULAR: EL LADO HUMANO DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN *ABC* (1934-1935)

A lo largo de todo el marco temporal de nuestra investigación, la prensa diaria no fue en absoluto ajena al problema tuberculoso. Como ya hemos tenido la oportunidad de comprobar (*vid. supra*), los periódicos no especializados se convirtieron en un espacio para el debate y la reflexión, y, asimismo, dieron cuenta de acontecimientos con una especial repercusión pública, que suponían un punto de inflexión o un hito en el movimiento antituberculoso. Más allá de estos casos especiales, la tuberculosis era un asunto más en el continuo informativo de los grandes diarios. El enfoque humano, tanto el de los profesionales de la medicina como el de los enfermos, solía pasar desapercibido.

Por eso traemos aquí una serie de seis reportajes publicados por *ABC* entre mediados de 1934 y 1935, ya que supusieron una importante novedad en la visión que la prensa de información general había tenido hasta ese momento de la lucha antituberculosa. En efecto, estos reportajes constituyen una auténtica campaña de movilización a favor de la misma, humanizándola y acercando a los lectores un testimonio gráfico y personal de indudable interés. Cinco de ellos están firmados por Francisco Prada, y tan sólo uno por Blanca Silveria-Armesta.

Estos periodistas firman una interesante combinación de información e impresiones personales, aderezada con una entrevista al responsable de un centro sanitario antituberculoso. Asimismo, el componente gráfico tiene una gran importancia, con fotos de gran tamaño de los protagonistas: médicos y pacientes.

Es también una constante en esta serie el enfoque social, con un manifiesto espíritu movilizador con el que se busca concienciar al lector. Para conseguirlo, se recurre a presentar con toda su crudeza el caso de algunos pacientes, o al pequeño diálogo del que resulta un comentario o una apreciación conmovedora. El factor humano desempeña en esta serie una importancia capital, y a él vamos a prestar especial atención.

El primer reportaje, a cargo de Blanca Silveria-Armesta<sup>234</sup>, se publicó en mayo de 1934 y se dedicó al dispensario antituberculoso de Tomás de Benito (Fig. 70). La información da cuenta de un episodio emotivo y vivencial, en el que la periodista acude a una visita domiciliaria para comprobar cómo se administra la vacuna BCG a un bebé (Fig. 71):

*«Una casa pobre, muy pobre. Una habitación de paredes desnudas. Y una cama grande, en la que se pierde la figurita dulce y tierna de un recién nacido. Lo coge con infinito cuidado, miedosa de su llanto pronto. Y Sola Finat, la gentil enfermera, acerca a la boca chiquitina el líquido salvador. Todo sencillamente, con un gran silencio hecho de ternuras infinitas...»*<sup>235</sup>

234 “Una visita al primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, creado en Madrid, “Amparo Landa”. Cura de un mal incurable. El problema médico-social de la tuberculosis. La B.C.G.”, *ABC*, 4-V-1934, pp. 8-9.

235 *Ibid.*





FIG. 70.— Tomás de Benito atiende en su despacho a la periodista de ABC, con la que debate animadamente. "Una visita al primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, creado en Madrid, "Amparo Landa". Cura de un mal incurable. El problema médico-social de la tuberculosis. La B.C.G.", ABC, 4-V-1934, p. 9.



FIG. 71.— La autora del reportaje, Blanca Silvera-Armesta, toma entre sus brazos al niño mientras la enfermera le administra la vacuna. "Una visita al primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, creado en Madrid, "Amparo Landa". Cura de un mal incurable. El problema médico-social de la tuberculosis. La B.C.G.", ABC, 4-V-1934, p. 9.



En el segundo reportaje, que no se publicó hasta 1935, apreciamos nuevamente un elevado interés por el lado más humano y patético de la tuberculosis, el de los enfermos y sus miserias. En su visita al dispensario de Toledo, Francisco Prada<sup>236</sup> nos brinda descripciones como ésta:

*«Hay un hombre de una edad indefinida, en cuyo rostro la miseria y los estragos del terrible mal van dejando sus huellas.*

*Después, una muchacha joven, muy bonita, muy pálida, muy triste. [...]*

*[...]*

*Entra luego una mujer con un chiquillo en los brazos; los dos están tuberculosos. ¡Qué dolor se refleja en los ojos de la madre, y qué mirada de tristeza hay en los ojos del chiquillo!»<sup>237</sup>*

Prada, que visita junto al director del dispensario, el Dr. Abelló, la vivienda de un paciente, retrata dolorosamente lo que ve (Fig. 72):

*«Llegamos a una casucha más que humilde, mísera.*

*El padre está tuberculoso, postrado en una cama; en la misma habitación del enfermo duermen, en un mismo camastro, sobre el suelo, dos de sus hijos. También tiene un nieto, una criaturita, que nos produce una honda emoción al verle. ¡Llega tanto al alma el dolor de los niños!»<sup>238</sup>*

Las lamentables condiciones en las que viven los tuberculosos es el tema de un reportaje especial titulado *«En el hogar de un pobre niño enfermo»<sup>239</sup>*, en el que aparecen estampas de la vida cotidiana de una familia del madrileño barrio de Lavapiés (Figs. 73-74), e incluso la ficha que sobre ellos y su vivienda obra en el dispensario antituberculoso de Peñuelas (Figs. 75-76). Por vez primera, se pone nombre y apellidos a los enfermos.

Reproducimos a continuación un pequeño extracto de la información por el valor de sus descripciones y diálogos:

236 "Lucha antituberculosa en España", *ABC*, 2-II-1935, pp. 6-7.

237 *Ibid.*, p. 6.

238 *Ibid.*

239 *Ibid.*, 20-XI-1935, pp. 6-7.



FIG. 72.— Fotografía tomada en la vivienda visitada en la ciudad de Toledo. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 2-II-1935, pp. 7.

*«El piso está compuesto de tres habitaciones pequeñas y una cocina. Por un tragaluz entra un aire escaso y viciado.*

*No hay camas suficientes.*

*Y allí es donde vive Enrique Trigo Gutiérrez con su esposa y con sus seis hijos. Uno de ellos con una lesión tuberculosa de importancia.*

[...]

*No hay más que mirar las caras de aquellas criaturas para comprender que pasan hambre.*

*En un mal camastro de una habitación reducida, sin luz y sin aire, duermen dos de los hijos, el que está ya tuberculoso y el que no tardará en estarlo, si no se consigue aislar al enfermo rápidamente.*

[...]

*Charlamos unos instantes con Enrique Trigo.*

[...]

—¿No entra ningún jornal en la casa?

—El de mi chico mayor, que es aprendiz y gana seis pesetas diarias. Pagamos seis duros del cuarto. Tal como están las cosas, ni para pan y patatas nos llega. Y además, ¡el chiquillo enfermo!

Una ráfaga de tristeza cruza por los ojos de aquel hombre.

Interviene en la conversación Pilar Medina, su mejer, que lleva en brazos a la chiquilla.

—Le han reconocido en el dispensario. Allí el doctor Verdes Montenegro ha hecho por él cuanto ha podido y hasta nos ha dado medicinas. Ha propuesto su ingreso en un sanatorio, pero no tenemos esperanzas de conseguirlo. Dicen que hay que aguardar turno y esperar meses y quizá años.

Y unas lágrimas nublan los ojos de la pobre madre, que añade:

—Para entonces, ¡quizá se me haya muerto ya mi hijo!...»<sup>240</sup>

En una nueva visita a un centro sanitario, en este caso el pabellón para tuberculosos del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Francisco Prada<sup>241</sup> continúa explotando los dramas personales como principal activo por la movilización de la opinión pública, como el de una joven cuya vida se ve truncada por la enfermedad:

«Hay una muchacha de veinte años, muy pálida, con unos ojos muy tristes que estaba a punto de casarse cuando se descubrió en ella el germen de la maldita enfermedad. ¡Será difícil salvarla!... Pero ella, como la mayoría de los tuberculosos, tiene siempre un rayito de esperanza en su alma.»<sup>242</sup>

No menos conmovedoras resultan las vivencias de las madres tuberculosas en la maternidad del sanatorio de Valdelatas, cuyos hijos son aislados para prevenirles del contagio:

«—¡Cuando yo pueda acariciar a mi hijo...!—dice una.

—¡Cuando lo tenga entre mis brazos...!

240 *Ibid.*, p. 6.

241 *Ibid.*, 17-III-1935, pp. 15 y 17.

242 *Ibid.*, p. 17.



FIG. 73.— “El niño enfermo come en la misma cazuela que sus hermanos. ¡El contagio es inevitable!”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 6.



FIG. 74.— “En esta habitación sin aire y sin luz duermen el niño tuberculoso y uno de sus hermanos.”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 7.



Enf. del Dr. Llopis		Edad	Fecha de ingreso	Residencia	Profesión	Trabaja en	Ingreso por familia
CONVIVIENTES:	A. Enrique Delgado Gutierrez	50	31-V-35		Litógrafo	no trabaja	
	B. Pilar Medina Garcia	49	30-V-35		"		
	C. Enrique Frigol Garcia	21	31-V-35		Litógrafo		42 pts
	D. José Diego Medina	15	30-V-35		"		
	E. Antonio " "	6	2-V-1935	buta (-)	Colegio		
	F. Vicente " "	11	1-VI-35	buta (-)	"		
	G. Pedro " "	8	1-VI-35	buta (-)	"		
	H. María " "	2 a	6-VI-35	buta (-)	"		

Necesidades observadas: Falta de carnes y alimentos

Posibilidades profilácticas. Casa mal ventilada, hacinamiento

Se aconseja: Que una sola el enfermo y con la ventana abierta, limpieza de boca, repaso, separar las cosas que use el enfermo. Si es posible se cambien de cuarto, y rayar todas las familiares al dispensario a reconocimientos.  
 Datos recogidos por la enfermera Carmen Manuel Martín Distrito de la Gub. de  
 Camino de domicilio

FIG. 75.— "Esta ficha dice más que cuanto pudiéramos decir nosotros". "Lucha antituberculosa en España", ABC, 20-XI-1935, p. 6.

N.º 1177 — INSTITUTO ANTITUBERCULOSO DE LAS PEÑUELAS

Nombre: Antonio Frigol Medina Domicilio: Butabote 6-4º n.º 2

FECHA	TIPO DE LA CASA	N.º DE PIEDES Y CUARTOS	PATIOS	AGUA	REPARTO - B	ALQUILER
7-11-35	de vecindad	4 - 24	1	si	W. 6	50 pts

Ocasiones de contagio: De madre infectada con tuberculosis

Limpieza de la casa: Bien hecha  
 Higiene personal: Buena  
 Alimentación: Deficiente  
 Instrucción: Elemental

Causas de muerte en la familia: madre infectada por tuberculosis

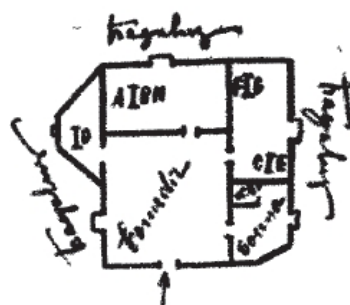


FIG. 76.— "Facsimil de la ficha proporcionada por el Dispensario". "Lucha antituberculosa en España", ABC, 20-XI-1935, p. 7.



—*¡Cuando pueda comérmelo a besos...!*

*Y esta última que habló, añade, horrorizándose ella misma:*

—*Pero, ¡cuando mis besos no puedan contagiarle...! ¡Si viera usted qué hermoso ha nacido...!*»<sup>243</sup>

En el diálogo que presentamos a continuación, Prada consigue acentuar el patetismo habitual gracias a la contraposición de la ignorancia del enfermo y la bonhomía del médico. Se produce en el dispensario antituberculoso de Peñuelas entre el Dr. Verdes Montenegro, su director, y la madre de una paciente:

«—*Está mal la niña. La lesión es importante. Pero mujer, ¿por qué no la ha traído usted antes al Dispensario?*

*Y aquella pobre madre cuyo corazón debe latir descompasadamente, balucea:*

—*Porque no sabía que existía, señor.*

*Y tímidamente pregunta.*

—*¿Se morirá mi hija?*

*El doctor Verdes Montenegro bondadosamente responde:*

—*Haremos por salvarla. Tráigamela usted todos los miércoles.*

*La pobre mujer da las gracias y se va llorando.»*<sup>244</sup>

Estas experiencias, es decir, el contacto directo con estos dramas, causaron una honda impresión en Prada, que pedía a «*los hombres con un poco de buena voluntad que piensen en los miles de niños que se van consumiendo en la miseria de sus hogares, que piensen que son vidas que podemos salvar. ¡Más Sanatorios, más Dispensarios, más camas!...*»<sup>245</sup>

243 *Ibid.*, 15-VI-1935, p. 7.

244 *Ibid.*, 14-IV-1935, p. 19.

245 *Ibid.*, 17-III-1935, p. 17.

La labor de concienciación desarrollada por el periodista fue reconocida por varios médicos<sup>246</sup>, como el Dr. Verdes Montenegro, que destacó la importancia de hacer llegar a toda la población una información que podía salvarle la vida. En este sentido, tras el episodio que acabamos de relatar, Verdes se dirigía al periodista y afirmaba lo siguiente:

«[...] hacen falta muchos Dispensarios, pero también hace falta que la gente se entere de que existen. La hija de esta pobre mujer, cogida a tiempo, podía salvarse, ahora es muy difícil. No cese usted en su generosa campaña de divulgación».<sup>247</sup>

En definitiva, tal y como hemos podido recoger en esta investigación, el periodo de la Segunda República se caracteriza, en el plano sanitario, por una profunda reorganización del sistema de lucha antituberculosa. Así, de un modelo basado en la beneficencia y la iniciativa privada, en el que el Estado se limitaba a ejercer una función tutelar, se pasó a otro modelo radicalmente distinto. La Administración tomaba las riendas de la lucha antituberculosa, integrándola en la sanidad pública como una función privativa del Estado, sin la mediación de organismo alguno. En este contexto, los presupuestos destinados a combatir la tuberculosis se incrementaron notablemente, lo que permitió impulsar la implantación de nuevos centros de atención socio-sanitaria, incluyendo el medio rural. Sin embargo, los grandes núcleos de población, especialmente Madrid y Barcelona, continuaron siendo los grandes beneficiados.

En el aspecto comunicativo, la lucha antituberculosa experimentó una auténtica revolución. La incorporación de criterios modernos a la elaboración del producto de divulgación sanitaria no sólo mejoró su factura, sino que también auspició la incorporación de nuevos medios de comunicación a la campaña antituberculosa. Como en la etapa precedente, el objetivo de esta comunicación no era únicamente prevenir el contagio, sino también inculcar valores y pautas de comportamiento.

Por otro lado, el debate sobre cómo debía organizarse esta última encontró en la prensa especializada a su mejor aliada. En este sentido, destaca el papel desempeñado por la *Revista Española de Tuberculosis* como foro para el intercambio de opiniones entre los profesionales médicos, sin olvidar su importante misión científica. Por su parte, la prensa generalista comenzó a reflejar una

---

246 *Ibid.*, 15-VI-1935, p. 6.

247 *Ibid.*, 14-IV-1935, p. 19.

nueva visión del problema de la tuberculosis, prestando atención a su vertiente humana, lo que incluía tanto a médicos como a pacientes.

### **3.3.3. La lucha antituberculosa durante el Franquismo: el Patronato Nacional Antituberculoso (1936-1958)**

Guerra Civil (1936-1939)

#### **LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LA ZONA REPUBLICANA DURANTE LA GUERRA CIVIL**

Como no podía ser de otra forma, la Guerra Civil alteró la vida de las instituciones antituberculosas. Si en los años anteriores la sucesión de planes y disposiciones para la organización de la lucha contra la enfermedad había hecho muy difícil la consolidación del sistema antituberculoso republicano –unidad de acción y mayor control del Estado sobre los centros sanitarios–, el conflicto bélico anuló por completo esta posibilidad. A pesar de algunos intentos para mejorar determinados aspectos de la lucha completamente desvinculados de la especialísima situación que atravesaba el país, lo cierto es que las hostilidades acabaron imponiendo la asunción de medidas extraordinarias que nada tenían que ver con una planificación ordenada del aparato sanitario. En definitiva, y ante una situación tan compleja, las prioridades las iban marcando, en mayor medida que las leyes, los propios acontecimientos (Fig. 77).

Tampoco podemos obviar la influencia de la guerra y sus miserias –sobre todo la escasez generalizada, pero también las situaciones de hacinamiento y desbordamiento de los servicios sanitarios que generan los desplazados– sobre los índices de morbilidad y mortalidad por tuberculosis. En este sentido, las enfermedades carenciales o ‘enfermedades del hambre’ no sólo constituían un problema por sí mismas, sino también por su acción debilitante sobre el organismo (Cura y Huertas, 2007: 181). La falta de alimento se dejó sentir especialmente en Madrid y Barcelona, sobre todo en los dos últimos años de la guerra (Benítez, 1940: 24 y 108s; Coni, 2008: 98). Así,

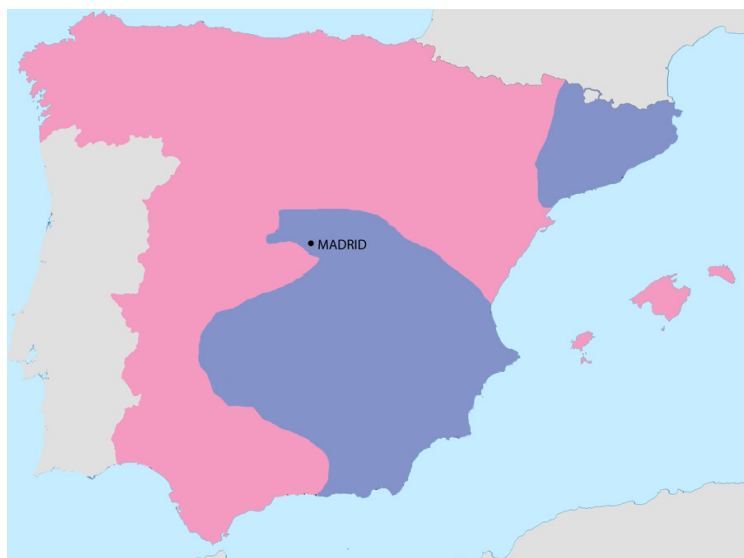


FIG. 77.— Territorios controlados por el Gobierno de la Segunda República (lila) y por el bando sublevado (rosa) en julio de 1938.

por ejemplo, las dificultades extremas por las que tuvieron que pasar los habitantes de la capital madrileña se tradujeron en una pérdida media de peso de 10 kilos por persona durante la contienda (Barona, 2006: 17 y 20). Asimismo, se estima que, al acabar la guerra, vivían en Madrid unos 70.000 enfermos de tuberculosis (Coni, 2008: 84ss). Años después, la propia propaganda sanitaria franquista reconocerá que la guerra civil, además de un recrudecimiento de la incidencia de la tuberculosis, supuso un freno a los avances conseguidos por las instituciones republicanas en este aspecto (Aparicio, 1954: 3 y 5).

Con carácter general, los dispensarios antituberculosos continuaron funcionando, aunque evidentemente en condiciones más precarias a medida que la guerra se prolongaba (Sanz *et al.*, 1999: 70). Además, sus instalaciones quedaron a merced de las necesidades sanitarias generales, como no podía ser de otra manera en un contexto de emergencia social<sup>248</sup>. Una buena muestra de ello la encontramos en Madrid, donde en agosto de 1936, el Gobierno de la República se aprestó a poner los dispensarios y a su personal a disposición de la Inspección Provincial de Sanidad, para que realizasen los servicios que se estimasen oportunos. Esta medida también afectó a los dispensarios

248 Las necesidades sanitarias impuestas por la guerra empujaron al Gobierno de la República a instalar un hospital de carabineros para el tratamiento de la malaria en un lugar tan excepcional como la Residencia de Estudiantes de Madrid entre 1937 y 1939. El centro estuvo dirigido por el médico murciano Luis Calandre Ibáñez, que desempeñó un importante papel en el proceso de modernización de la sanidad pública en los años precedentes (Calandre, 2008). El ejemplo de Valencia, sede del Gobierno republicano, es igualmente significativo. En esta ciudad no sólo se utilizó el dispensario central antituberculoso para atender a las especiales necesidades sanitarias de la guerra, sino también conventos, cines y edificios particulares (García Ferrandis, 2013: 11).



antivenéreos, igualmente dependientes de la Dirección General de Sanidad<sup>249</sup>. En general, las fronteras entre establecimientos sanitarios civiles y militares fueron muy difusas (Coni, 2008: 120).

En los primeros meses de la guerra, la situación sanitaria no parecía acusar grandes problemas. A comienzos de 1937, un comité de expertos enviado a España por la Sociedad de Naciones informó de que la situación sanitaria en la zona bajo el control de la República estaba bien organizada, con medios materiales y humanos suficientes para atender las necesidades de la población. Para emitir su informe, la delegación visitó, entre otras instalaciones, el Hospital Nacional para Tuberculosos de Chamartín, en Madrid. Situación muy distinta era la de los cuerpos sanitarios del Ejército, que con la sublevación militar perdieron buena parte de los efectivos (Barona, 2006: 6ss).

Sin embargo, a mediados de 1937, las especiales circunstancias en las que se desenvolvía la vida sanitaria del país comenzaron a imponerse y la lucha antituberculosa tuvo que adaptarse a ellas. En este sentido, las autoridades implantaron un nuevo sistema para el ingreso en los sanatorios con el que se intentaba dar preferencia a los pacientes más necesitados de tratamiento, caracterizado asimismo por un elevado índice de rotación en la ocupación de las escasas plazas disponibles<sup>250</sup>. Así, sólo podrían acceder a los sanatorios los enfermos que precisasen de una intervención colapsoterápica que, por motivos «*clínico-sociales*», no se pudiese realizar de forma ambulatoria; y aquellos otros que presentasen lesiones leves que pudiesen remitir con un breve tratamiento. En función de la gravedad de los casos, se establecerían tres turnos para el ingreso, pero, salvo prórrogas excepcionales, la estancia máxima en todo sanatorio no excedería de tres meses.

Las solicitudes de internamiento tendrían que ser cursadas por los dispensarios, si bien existía la posibilidad de que los interesados pudiesen elevar su petición personalmente en aquellas provincias en las que no existiese ningún centro de este tipo. Además, se ordenaba que los pacientes que ya estuviesen internados en un sanatorio y cuyo caso clínico no se ajustase a las nuevas condiciones de ingreso fuesen dados de alta y trasladados a un hospital, o remitidos a su dispensario de referencia para continuar su tratamiento de forma ambulatoria.

---

249 Orden de 22-VIII-1936, en *Gaceta de Madrid*, 25-VIII-1936.

250 Orden de 22-VI-1937, en *Gaceta de la República*, 23-VI-1937.

Estas normas contienen un régimen sancionador, hasta entonces inédito en la legislación antituberculosa, dirigido a los directores de sanatorios y dispensarios que no cumpliesen estrictamente lo preceptuado en las mismas, o calificasen indebidamente el estado de un enfermo. Esto evidencia que las autoridades sanitarias tenían motivos fundados para creer que las reglas para ingresar en un sanatorio antituberculoso, cualesquiera que éstas fuesen, eran frecuentemente transgredidas.

Adicionalmente, se introdujeron algunas excepciones en los cauces reglamentarios para facilitar los trámites oportunos a los evacuados forzosos que habitasen en refugios colectivos. Al no encontrarse en disposición de acudir a un dispensario para seguir el procedimiento habitual, tenían la facultad de solicitar su internamiento en un sanatorio a través del director del refugio en el que estuviesen acogidos, para que éste la elevase al dispensario correspondiente<sup>251</sup>.

En efecto, a medida que la guerra se enquistaba, la lucha antituberculosa en territorio republicano no sólo sufría la pérdida de centros hospitalarios –bien por el avance de las tropas franquistas, bien por los daños sufridos en las instalaciones (Molero, 1994: 212; Barona, 2006: 21; Coni, 2008: 86; Buendía, 2010: 281)<sup>252</sup>–; también tenía que enfrentarse al reto de asistir, además de a sus propios habitantes, a un importante número de refugiados. De hecho, ya a finales de 1936, centenares de miles de personas habían llegado, mayoritariamente, a Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Jaén, Ciudad Real y Toledo, de modo que aproximadamente el 14% de la población total del país era población desplazada. En Valencia, el incremento de la población desembocó en la necesidad de habilitar un hospital popular en el sanatorio antituberculoso de la Malvarrosa, aunque éste siguió conservando una sección especial para niños tuberculosos (Barona, 2006: 14ss)<sup>253</sup>.

Asimismo, el Gobierno de la República ordenó que todos los sanatorios antituberculosos, así como el resto de establecimientos sanitarios públicos, fuesen totalmente gratuitos. En efecto, los sanatorios habían dispuesto tradicionalmente de plazas gratuitas y plazas de pago, pero eso com-

---

251 Orden de 30-VII-1937, en *Gaceta de la República*, 2-VIII-1937.

252 Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. Diputación Provincial. Caja 4.381: oficios de 26-IV-1939 y 28-IV-1939. Sin clasificar. Según un intercambio de comunicaciones entre la Diputación Provincial de Madrid y el Patronato Nacional Antituberculoso franquista, las “fuerzas rojas” destruyeron la mayor parte de los centros hospitalarios antituberculosos de Madrid, tanto públicos como privados. En este sentido, no hay que olvidar que la mayoría de esos establecimientos se encontraban en la sierra de Guadarrama, importante frente durante toda la Guerra Civil. Sólo quedaron en pie los sanatorios de Valdelatas, en Fuencarral, y San Rafael, en Segovia.

253 E.C.: “El problema de tuberculosis en Murcia”, en *La Verdad de Murcia*, 9-IV-1948, p. 4.

portaba diferencias en la manutención y en el tratamiento que se dispensaba a los enfermos. Aunque las autoridades consideraban que los pacientes debían realizar alguna aportación en función de su capacidad económica, las circunstancias excepcionales planteadas por la guerra no parecían el mejor contexto para poner en marcha un sistema de estas características. De ahí que, como medida de urgencia y de carácter transitorio, se abogase por eliminar las diferencias entre pacientes decretando la gratuidad de todas las camas<sup>254</sup>.

La imposición de severas restricciones en las normas de acceso a los sanatorios antituberculosos, que dejaban fuera a muchos enfermos, así como la saturación de los centros hospitalarios estatales, llevó a la República a declarar bajo dependencia directa del Ministerio de Sanidad, desde el punto de vista técnico y administrativo, a «*todos los departamentos dedicados al tratamiento de procesos tuberculosos de cualquier localización orgánica*» que existieran en los «*Hospitales provinciales, municipales o fundación de cualquier tipo*». Esta suerte de incautación, fuese cual fuese la naturaleza del establecimiento, no contemplaba ningún tipo de contraprestación económica al organismo o particular responsable de su sostenimiento económico<sup>255</sup>.

A pesar de las dificultades que la guerra suponía para la atención sanitaria, pero quizás también a causa del repunte en los casos de tuberculosis que el mismo conflicto causaba, las autoridades sanitarias republicanas se esforzaron por completar la red de atención dispensarial<sup>256</sup>. De este modo, entre septiembre de 1937 y enero de 1938 se dispuso que algunas de las provincias que todavía no disponían de dispensario antituberculoso central –Albacete, Almería, Castellón, Cuenca, Guadalajara y Jaén– se dotasen de uno. También se crearon dos dispensarios auxiliares en Valencia –decisión lógica si tenemos en cuenta el gran número de refugiados que se habían desplazado a esta ciudad– y uno en Murcia. Todos estos centros se instalarían en las consultas de fisiología de las Inspecciones Provinciales de Sanidad, o bien en los locales de que éstas dispusiesen.

Por su parte, los dispensarios de Madrid se sometieron a una reorganización, motivada por el hecho de que el dispensario central de la capital, ubicado en el distrito de la Universidad y, por tan-

---

254 Orden de 27-IX-1937, en *Gaceta de la República*, 28-IX-1937.

255 Orden de 10-VIII-1937, en *Gaceta de la República*, 12-VIII-1937.

256 Órdenes de 30-IX-1937 y 31-I-1938, en *Gaceta de la República*, 7-X-1937 y 5-II-1938, respectivamente.

to, muy cercano al frente de batalla, había dejado de usarse por lo que el lenguaje oficial calificó de «*inhabilitación*». Esto puede significar, indistintamente, que sus dependencias estuviesen siendo utilizadas por la sanidad militar, o que sencillamente hubiesen sido destruidas. En cualquier caso, los dispensarios auxiliares de Buenavista y Universidad se fusionaron en uno solo, que pasaban a desempeñar las funciones del central.

La gran apuesta de la República contra el problema de la tuberculosis durante la guerra civil llegaría en febrero de 1938, con un nuevo marco legal<sup>257</sup> con el que se pretendía remediar el vacío que existía desde comienzos de 1936. Hemos de recordar que el Gobierno del Frente Popular decidió anular la reforma de la lucha antituberculosa aprobada por las derechas en agosto de 1935, encomendando a un Comité Central de Lucha Antituberculosa, de carácter netamente técnico, el diseño de un sistema integral de lucha antituberculosa<sup>258</sup>. Sin embargo, la guerra había dejado en suspenso la actividad de este comité.

La nueva organización se reafirmaba en el principio básico de que la lucha contra la tuberculosis era una función privativa del Estado, si bien se reconocía la posibilidad de que éste pudiera delegar puntualmente sus funciones. Asimismo, ratificaba muchos de los planteamientos que ya se habían formulado en los años anteriores. Entre las novedades más importantes, podemos destacar, en el aspecto administrativo, la creación de una Sección Central de Tubercología dependiente de la Dirección General de Luchas Sanitarias y de la Inspección General de Nosocomios, adscritas, a su vez, a la Subsecretaría de Sanidad del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad. Esta Sección Central, que tendría una subsección en cada provincia, tendría entre sus funciones la organización, distribución y vigilancia técnica de los servicios; la dirección y coordinación de los trabajos de estadística y estudios epidemiológicos provinciales; la orientación de la propaganda; y el estudio de los presupuestos necesarios para el sostenimiento del aparato antituberculoso. Asimismo, se crearían órganos especializados en la gestión de la red de dispensarios y de todos los centros hospitalarios.

---

257 Orden de 11-II-1938, en *Gaceta de la República*, 15-II-1938.

258 Ver capítulo 3.3.2.

Por otra parte, los inspectores provinciales de sanidad adquirirían un papel importante, y, entre otras funciones, debían servir de intermediarios entre la Sección Central y los jefes provinciales de la lucha antituberculosa. Estos últimos tenían que elegirse democráticamente entre los sanitarios de la lucha antituberculosa que prestasen sus servicios en la capital de la provincia correspondiente. A su cargo quedaban, entre otros aspectos, la inspección técnica de los servicios de la provincia, la enseñanza y adiestramiento de los técnicos en tanto no existiese un centro *ad hoc*, y el estudio epidemiológico y social de su demarcación.

Los dispensarios quedaban divididos en centrales, auxiliares o filiales y comarcales. Los primeros sólo funcionarían en las capitales de provincia, pudiendo existir uno o más dispensarios auxiliares para apoyar sus tareas en ciudades altamente pobladas. Además, se les encomendaban las propuestas de ingreso en sanatorios, la confección de estadísticas y la administración de todos los demás dispensarios de su provincia. Por su parte, los dispensarios comarcales se instalarían en las localidades y comarcas que se estimase más oportuno, en las dependencias de los Centros Secundarios de Higiene, en forma de consultas de tisiología.

Una de las nuevas potestades que se atribuía a los dispensarios era la capacidad, ante un caso inequívoco de tuberculosis, de obligar a la familia del enfermo a someterse a un examen médico con el fin de determinar si se había producido contagio. Ante una negativa, el dispensario podía negar toda ayuda terapéutica o económica al afectado.

Asimismo, se ordenaba planificar visitas de los dispensarios a todos los municipios de su zona de influencia, con el fin de realizar radiografías a cada uno de sus habitantes para facilitar la detección de posibles casos incipientes de tuberculosis. Para culminar esta acción se marcaba un tiempo máximo de un año.

Por lo que respecta a la organización hospitalaria, en la que no se producían alteraciones destacables con respecto a la reglamentación anterior, se determinaba que las prescripciones de las autoridades sanitarias regirían igualmente tanto para los centros públicos como los que fuesen intervenidos por el Estado.



Estas prescripciones del Gobierno de la República quedarían en poco más de un año en papel mojado, pues las nuevas autoridades sanitarias franquistas tenían planes muy distintos sobre cómo debía organizarse la lucha antituberculosa.

#### TUBERCULOSIS Y PROPAGANDA

Durante la guerra, la sanidad continuó siendo objeto de propaganda para la República, que deseaba mostrar que, pese a las grandes dificultades a las que tenía hacer frente, las políticas de salud pública continuaban ocupando un espacio preferente en la acción del Estado. Así lo demuestra la producción de un documental titulado *Sanidad*, rodado por Rafael Gil para la República (Rodríguez Martínez, 1999: 76s), o, por lo que al objeto de este trabajo respecta, la inclusión de imágenes sobre la fabricación de sueros antituberculosos en los noticiarios<sup>259</sup>.

El ejemplo más destacado de la utilización de la lucha antituberculosa como arma de propaganda por parte de la República lo encontramos en 1938, año en que se editaron tres carteles muy diferentes a los que se habían editado antes de la Guerra Civil. Si hasta ese momento había predominado un ánimo divulgativo, en los casos que ahora nos ocupan se aprecia una apuesta muy clara por la propaganda política. Asimismo, se recurre a los datos sobre la evolución de camas para enfermos antituberculosos —desde las 565 a 14 de abril hasta las más de 3.700 en enero de 1938— y a las gráficas que los representan, cuya supuesta objetividad los hace incuestionables, como principal aval de las consignas presentadas.

Dos de los tres carteles, son muy similares entre sí, pues sólo se diferencian en la consigna final que figura al pie de la imagen: mientras que uno llama a acudir a los dispensarios antituberculosos del Estado<sup>260</sup> (Fig. 78), el otro se identifica con «*la obra que en beneficio del pueblo realiza el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad*»<sup>261</sup> (Fig. 79).

259 *España al día: Vida ciudadana. En las calles de Barcelona*. Film Popular-Laya Films, octubre de 1938.

260 CDMH, PS-CARTELES, 199. Anónimo, 1938.

261 CDMH, PS-CARTELES, 1214. Anónimo, 1938.

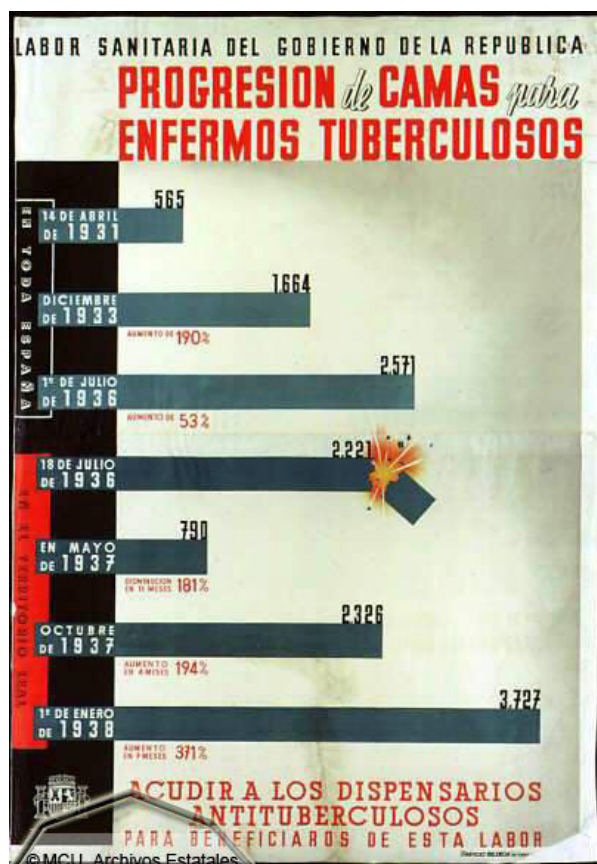


FIG. 78.—“Labor sanitaria del Gobierno de la República. Progresión de camas de camas para enfermos tuberculosos. Acudir a los dispensarios antituberculosos para beneficiaros de esta labor” (Anónimo, 1938). AGGC, PS-CARTELES, 199. 1938-...

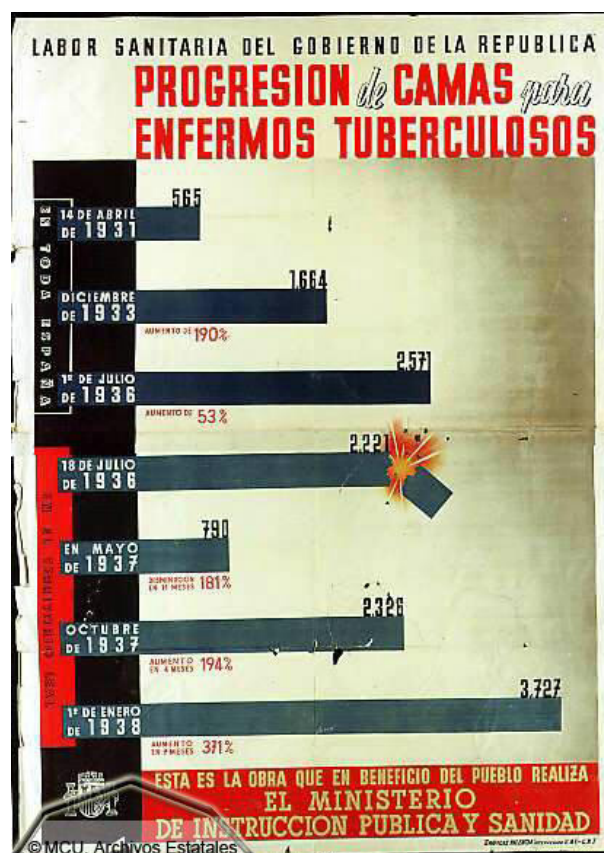


FIG. 79.—“Labor sanitaria del Gobierno de la República. Progresión de camas de camas para enfermos tuberculosos. Esta es la obra que en beneficio del pueblo realiza el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad” (Anónimo, 1938). AGGC, PS-CARTELES, 1214. 1938-...

El tercer cartel<sup>262</sup> (Fig. 80), editado por la Subsecretaría de Propaganda, incorpora en su mitad superior dos fotografías que muestran el «antes» y el «ahora» de la protección a madres y niños. Junto a la imagen de una madre pobre que, cariacontecida, da de mamar a su hija, puede leerse lo siguiente: «En las maternidades morían miles de niños, hijos de obreros, campesinos y empleados». A su derecha se presenta la galería de helioterapia de un sanatorio infantil, en el que los niños son atendidos por numeroso personal femenino. El texto reza: «La República atiende hoy a la madre y al niño». En la mitad inferior se repite la gráfica de los dos carteles que ya hemos mencionado, aunque en este caso las barras están formadas por camas. Al pie, una consigna política en la que la salud queda directamente ligada a la causa republicana: «La guerra significa luchar por la salud y la fortaleza de los españoles y de sus hijos».

262 CDMH, PS-CARTELES, 430. Anónimo, 1938.





FIG. 80.— “Proporción de camas para enfermos tuberculosos. La guerra significa luchar por la salud y la fortaleza de los españoles y de sus hijos”. CDMH, PS-CARTELES, 430\_1938.

## LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LA ZONA SUBLEVADA DURANTE LA GUERRA CIVIL

La distribución del territorio que se perfiló desde los primeros compases de la Guerra Civil dejó los máximos órganos de la sanidad del Estado bajo el control de la República. Por este motivo, en la zona controlada por los insurrectos la sanidad se gestionó de manera independiente en cada provincia, conforme a las instrucciones de los inspectores de Sanidad. Sin embargo, pronto surgió la necesidad de construir un sistema propio para organizar y coordinar los servicios y políticas sanitarias, merced a una Organización Sanitaria Central instituida en Valladolid en octubre de 1936, a la que siguió un Servicio Nacional de Salud, con sede en Burgos, creado en febrero de 1938. La organización de la sanidad militar, por su parte, no presentó grandes dificultades, pues la mayor parte de los efectivos habían quedado bajo el control de los golpistas (Barona, 2006: 7ss).

En el ámbito de la lucha antituberculosa, el Gobierno de Burgos creó el 20 de diciembre de 1936 el organismo que regiría los destinos de la lucha antituberculosa en España durante las siguientes décadas, el Patronato Nacional Antituberculoso<sup>263</sup> —en adelante, PNA—, del que vamos a ocuparnos ampliamente en los siguientes capítulos. Aunque, como veremos, el PNA acabaría convirtiéndose en uno de los organismos más importantes en el organigrama sanitario del Estado, no es menos cierto que su puesta en marcha sirvió más como declaración de intenciones y maniobra propagandística que como una acción efectiva contra la tuberculosis, máxime si analizamos sus objetivos en toda su literalidad. La presidencia recayó en el teniente general Severiano Martínez Anido, que durante la Dictadura de Primo de Rivera había sido miembro del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa y máximo responsable de la sanidad española, en calidad de ministro de la Gobernación<sup>264</sup>.

---

263 Decreto de 20-XII-1936, en *Boletín Oficial del Estado*, 22-XII-1936. Según el testimonio de José Alberto Palanca, responsable de la sanidad en la zona dominada por los sublevados, fue «la clara visión del Caudillo» la que anticipó las enormes dimensiones que adquiriría el problema tuberculoso tras la guerra (Coni, 2008: 86). Por su parte, Bartolomé Benítez Franco (1940: 8), segundo secretario general del PNA, le atribuyó la idea de proporcionar a la lucha antituberculosa el impulso del que había carecido hasta el momento. Y será un documental producido por el Ministerio de la Gobernación en 1949, *En estos años de paz*, el que pondrá en boca del propio Franco su intención de crear el PNA antes incluso de la Segunda República (véase el capítulo 3.3.3, epígrafe dedicado a la comunicación social durante la segunda posguerra).

264 Véase capítulo 3.3.1.

Por el notable interés de los principios y objetivos que inspiran la nueva institución antituberculosa, merece la pena reproducir aquí estos párrafos del Decreto con el que dio comienzo su andadura:

*«La insuficiencia de medios puestos en juego o falta de decisión con que se han acometido hasta ahora los más graves problemas Nacionales, ha tenido la triste consecuencia, en cuanto al orden Sanitario se refiere, de la existencia de miles de enfermos esperando plaza en los Sanatorios sostenidos por cuenta de las distintas instituciones del Estado, [...] hasta el punto de imposibilitar su curación y el contagio de las personas que por falta de medios de fortuna tienen que compartir vida y habitación con sus familiares enfermos.*

*Tal problema, de grandes proporciones siempre, para enfermos de tuberculosis pulmonar, es uno de los puntos en que la Justicia social del Movimiento Nacional ha de imponerse para que no exista un solo enfermo que quede sin atención y urgente hospitalización en perfectos y adecuados Sanatorios.*

*Se impone por ello la multiplicación de grandes Sanatorios y Preventorios que recojan en corto plazo la población enferma, y a este objeto, la creación de un Organismo que, presidido por persona capaz y que haya demostrado su inquietud y celo por estos problemas, reúna a sus órdenes los elementos técnicos colaboradores que le ayuden a dar cima a tan indispensable Obra Nacional».*

En estas líneas no sólo se evidencia una clara acusación de ineficiencia e incluso de inacción hacia las instituciones sanitarias republicanas; también se fía en los sanatorios toda la eficacia de la lucha antituberculosa. Esta última consideración es especialmente significativa porque fija, desde el momento de su propia creación, lo que será un auténtico fetiche para la propaganda del régimen dictatorial, que los convertirá en una suerte de icono de la política sanitaria franquista y de sus logros.

El PNA olvida claramente, por lo tanto, lo que en los años precedentes se había considerado la espina dorsal de la lucha antituberculosa: los dispensarios. Sin embargo, la sanidad franquista enmendará esta falta, aunque de una manera que anticipa el caos organizativo del sistema médico-asistencial que el régimen irá desplegando en los años sucesivos, en buena parte para satisfacer los intereses de los diferentes grupos de interés que orbitan en torno a la Jefatura del Estado (Molinero, 2005: 154).



De este modo, mientras se prolongó la guerra, las funciones de hospitalización en sanatorios, preventorios y enfermerías se dejaron en manos del PNA, mientras que las dispensariales quedaron divididas entre el Patronato y la Sanidad Central. Concretamente, los dispensarios centrales estaban adscritos a esta última, que los gestionaba mediante las Inspecciones Provinciales de Sanidad<sup>265</sup>. Por su parte, los dispensarios fundados por el antiguo Real Patronato contra la Tuberculosis, diputaciones, ayuntamientos, otras entidades y particulares pertenecían al PNA, que también tenía la potestad de instalar nuevos dispensarios. El ingreso en cualquier establecimiento sanatorial estaba supeditado al visto bueno de cualquier dispensario, perteneciese a la Sanidad Central o al PNA<sup>266</sup>.

Por otro lado, se trazó un plan para internar en enfermerías a los tuberculosos contagiosos, basado en la instalación de un hospital específico en cada provincia, con capacidad para 100 camas gratuitas –25 reservadas a combatientes– y otras 10 de pago (Serrano, 1992: 44).

La creación del PNA supone la recuperación de un modelo de asistencia típico del periodo prerrepblicano, el de los organismos benéficos independientes del Estado. El alma de la institución debía ser una «*persona capaz*» que hubiese puesto de manifiesto su preocupación por el gran problema de la tuberculosis. Sólo a partir de ahí, de su personal iniciativa y voluntad, se sigue el reclutamiento del personal técnico que pueda dar forma a sus deseos y orientaciones. Los sanitarios, con sus conocimientos y experiencia sobre la enfermedad, ya no serían, pues, la base sobre la que debía construirse la acción contra ella. Esto supone, al menos formalmente, la liquidación del modelo sanitario de la República, y más específicamente del antituberculoso.

En el aspecto organizativo, el PNA contaba con un comité delegado en cada provincia<sup>267</sup>, con representación de la correspondiente diputación y una delegación en las cabezas de partido. Sus

---

265 Los presupuestos asignados por la Sanidad Central al mantenimiento de sus 27 dispensarios antituberculosos centrales se elevaba a un total de 22.500 pesetas mensuales, es decir, 270.000 pesetas al año. La cantidad librada para cada dispensario era variable, y oscilaba entre un máximo de 1.000 y un mínimo de 650 pesetas al mes. Los dispensarios se ubicaban en Badajoz, Bilbao, Burgos, Cáceres, Cádiz, Jerez de la Frontera, La Coruña, Córdoba, Granada, Huelva, Huesca, León, Logroño, Málaga, Orense, Oviedo, Palencia, Salamanca, San Sebastián, Santander, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Toledo, Valladolid, Vitoria, Zamora y Zaragoza. Ver Orden de 25-I-1938, en *Boletín Oficial del Estado*, 28-I-1938.

266 Orden de 30-IX-1937, en *Boletín Oficial del Estado*, 3-X-1937.

267 Estos comités no se constituyeron oficialmente hasta marzo de 1937 (Benítez, 1940: 171).

cometidos eran la recaudación de fondos, la hospitalización de enfermos y el desempeño de funciones de carácter estadístico.

La principal misión del PNA era coordinar los recursos disponibles, inspeccionar los sanatorios existentes, crear nuevos centros «*en número suficiente para cubrir las necesidades nacionales*» y proponer nuevas iniciativas o medios para atender a estos fines. Además, la actuación del PNA debía basarse en el concepto de «*solidaridad Nacional*», con arreglo a las siguientes pautas:

*«A) No habrá un solo enfermo que no tenga plaza en un Sanatorio.*

*B) El coste de la pensión será proporcional a los medios con que el enfermo cuente, y gratuito para los pobres [...]*

*C) La España sana habrá de sacrificarse por la España enferma, debiendo las clases acomodadas, que no sufren tan graves contingencias, sacrificarse por las necesitadas.*

*D) Es obligación preferente e ineludible del Estado, imponer y propulsar, arbitrando los medios necesarios, esta Justicia Sanitaria».*

El PNA planeaba desplegar sanatorios allá donde la tuberculosis causase más estragos, buscando para ello los mejores emplazamientos para la curación de cada modalidad de la enfermedad. Además, sanatorios y preventorios contarían con medios de distracción y esparcimiento, convirtiéndolos en algo más que un lugar para recibir tratamiento médico.

En 1937, el propio Franco aseguró que el PNA había logrado crear en tan sólo ocho meses 39 sanatorios para tuberculosos<sup>268</sup>. Sin embargo, estos centros eran en realidad salas acondicionadas en locales cedidos o confiscados, que en su mayor parte tuvieron que ser desmantelados o devueltos a sus propietarios al final de la guerra (Molero, 1994: 203s). Se estima que por estos cauces se logró habilitar un total de 3.500 camas, entre sanatorios y enfermerías para enfermos avanzados (Serrano, 1992: 72).

---

268 La propaganda franquista no dejó pasar la oportunidad de promocionar la inauguración de sanatorios antituberculosos en el *Noticiero Español*, producido por el Departamento Nacional de Cinematografía. En su tercera entrega (1938), se incluyen imágenes de la inauguración de un sanatorio en Vigo, con la presencia del general Martínez Anido.

En el ámbito de la prevención, tanto la estructura central del PNA como sus comités delegados estaban obligados a proponer al Gobierno medidas para mejorar las condiciones de vida de las clases populares, evitando de este modo la propagación de la tuberculosis.

En este sentido, en la misma fecha en que se creaba el PNA, el Gobierno de Franco ponía en marcha la figura del Fiscal Superior de la Vivienda<sup>269</sup>, que apoyado por fiscales delegados en cada capital de provincia, tenía la misión de «evitar, con una intervención enérgica y eficaz, la existencia de viviendas que carezcan de las condiciones de salubridad e higiene» y «la convivencia entre personas sanas y enfermas, interesando la hospitalización de estas últimas». No se trataba de un fiscal al uso, sino de un cargo «benemérito»; las personas que lo desempeñasen tendrían la consideración de autoridad, con la facultad de poder sancionar económicamente a los infractores. Para motivar sus resoluciones, contarían con la colaboración de los arquitectos provinciales y municipales y de los inspectores provinciales de Sanidad. Gestos como el de la creación de esta fiscalía *sui generis* iban directamente encaminados a mostrar que el nuevo régimen estaba decidido a erradicar algunas de las consecuencias más dramáticas de la miseria, en este caso la vivienda insalubre, el hacinamiento y la convivencia de sanos y enfermos infecciosos bajo un mismo techo, tan directamente ligadas a la tuberculosis<sup>270</sup>.

En lo relativo a previsión social, el Gobierno de Burgos quiso volver a evidenciar su preocupación por el problema tuberculoso en una de las leyes fundamentales del nacionalsindicalismo, el *Fuero del Trabajo*, sancionado durante la guerra<sup>271</sup>. En la declaración X, la tuberculosis es la única enfermedad que merece una mención explícita y, por lo tanto, un seguro específico para cubrir su impacto sobre el trabajo, aunque dicha cobertura nunca llegaría a cuajar (Molero, 1994: 213ss).

En sus primeros años de existencia, el protagonismo en la dirección técnica del PNA correspondió a Falange, tal y como demuestran los distintos estudios elaborados durante la guerra sobre la estrategia que debía seguir la lucha antituberculosa, en ocasiones con la colaboración de médicos especializados. En este sentido, el médico falangista José Ramón de Castro, asesor del PNA,

---

269 Decreto de 20-XII-1936, en *Boletín Oficial del Estado*, 22-XII-1936.

270 Pocos meses después de su creación, la Fiscalía de la Vivienda llegó a la conclusión de que el 33% de las casas españolas eran inhabitables (Molinero, 2005: 43).

271 Fechado el 9-III-1938, se publicó en el *Boletín Oficial del Estado* al día siguiente.

acusó a los representantes de otras familias políticas en el PNA de impedir, con su ignorancia en cuestiones científicas, su correcto funcionamiento (Molero, 1994: 208s).

Independientemente de estas desavenencias de índole tanto técnica como política, el Decreto fundacional del PNA había obviado un aspecto tan trascendental como la financiación del organismo, de la que forzosamente habría de depender su éxito. Sin duda se trataba de una cuestión urgente, a la que todo lo demás quedaba supeditado. En efecto, aunque no en la misma proporción que en la zona republicana, la salud de la población de la zona dominada por los rebeldes también fue sufriendo un progresivo deterioro a medida que la guerra se prolongaba (Barona, 2006: 16ss).

Para dotar de fondos a la lucha antituberculosa, la sanidad franquista puso en marcha a finales de 1937 una sobretasa postal voluntaria a beneficio de los tuberculosos pobres (Fig. 81), que vino a llamarse popularmente *sello antituberculoso*<sup>272</sup>. La primera emisión, que se limitó a un breve periodo coincidente con la Navidad de ese año, contaba con una tirada de dos millones. Esta sobretasa tuvo continuidad durante toda la guerra, siempre con motivo de las fiestas navideñas (Flores y Redondo, 2003: 372s).

Asimismo, los ayuntamientos y diputaciones fueron obligados a aportar un 0,5% de sus presupuestos al PNA, siempre y cuando no estuviesen empleando una cantidad igual o superior a combatir la tuberculosis con sus propios medios<sup>273</sup>.

Durante el resto del periodo bélico, el PNA siguió ejerciendo sus funciones sin una estructura definida, conforme a las atribuciones indicadas. El carácter provisional de su planteamiento inicial se pondría de manifiesto poco después del fin de la guerra, cuando se acometió su primera reestructuración oficial (*vid. infra*).

---

272 Aunque la idea de los sellos a favor de la causa antituberculosa procedía de Dinamarca, donde se crearon en 1903, los responsables de los servicios sanitarios del bando sublevado disponían de un ejemplo mucho más cercano tanto temporal como geográficamente. En efecto, la Generalitat catalana promocionó entre 1933 y 1937, coincidiendo con el periodo navideño, el "*Segell Pro-Infància*", una sobretasa postal destinada a recaudar fondos para mejorar la salud de los niños (Castejón *et al.*, 2006: 423).

273 Orden de 6-XII-1939, en *Boletín Oficial del Estado*, 7-XII-1939.



FIG. 81.— Distintas series de sellos emitidos durante el Franquismo como sobretasa dedicada a la lucha antituberculosa.

#### TUBERCULOSIS Y PROPAGANDA

En mayo de 1938, el Gobierno de Burgos creó un Servicio de Divulgación y Propaganda Sanitarias, regido por una Oficina Central a cargo del personal técnico del Cuerpo Nacional de Sanidad<sup>274</sup>. El objetivo de este servicio, según el preámbulo del Decreto con el que se oficializó el inicio de sus actividades, era luchar contra la ignorancia generalizada en materia sanitaria, que a la postre era la única causante de las enfermedades y, especialmente, de las elevadas tasas de mortalidad infantil. Por medio de la educación, la Sanidad franquista se proponía acabar con el divorcio entre la academia y el pueblo y, de esa manera, «modelar la conciencia sanitaria del público» para el «engrandecimiento nacional». Con este planteamiento, la propaganda sanitaria se convierte en una estrategia de Estado supeditada a un «sentido espiritualista» del «pensamiento tradicional».

274 Decreto de 28-V-1938, en *Boletín Oficial del Estado*, 31-V-1938.



No se trata únicamente de proteger la salud de la población, sino de ligarla a los objetivos e intereses del régimen.

Al Servicio de Divulgación y Propaganda Sanitarias se le asignó toda la comunicación no científica de la Sanidad franquista, tanto oral –conferencias, charlas, cursillos, presencialmente o por radio– como escrita –libros, cartillas, folletos, prensa generalista, etc.– y gráfica –carteles, estampas, postales, sellos, películas, maquetas...–. Entre los temas prioritarios se situaba la defensa antituberculosa, aunque el primer lugar lo ocupaban la maternología y la protección de la infancia. Los públicos a los que debía atender preferentemente eran, por tanto, las futuras madres y las madres lactantes, pero también la juventud, los maestros, los escolares, los profesionales sanitarios, los obreros, los soldados y la población rural.

### Primera Posguerra (1939-1943)

#### MARCO NORMATIVO Y ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA PRIMERA POSGUERRA

Tras el periodo de excepcionalidad que significó la guerra, el régimen no tardó en acometer la primera reorganización del PNA, en virtud de lo dispuesto en la *Ley de Bases*, de 5 de agosto de 1939, del Patronato Nacional Antituberculoso<sup>275</sup>. El Estado franquista reconocía en esta norma la necesidad de «*consolidar su personalidad jurídica*» y «*precisar sus funciones técnicas y sus facultades económicas y administrativas*», conforme a la «*concepción que el Estado Nacional tiene de la misión sanitaria y social*». Si consideramos el alto grado de indefinición, que prácticamente no trasciende la mera retórica, del Decreto fundacional del PNA, no estamos ante una reorganización del organismo, sino ante su primera organización real del mismo. Es más, el legislador reconoce que estas bases están concebidas como una primera aproximación, y que por lo tanto se limitan a representar «*una etapa en el camino*», «*una fase preparatoria*» a la que necesariamente deben seguir nuevas prescripciones.

En cualquier caso, la Ley insistía exactamente sobre los mismos principios –más propagandísticos que realizables– que ya se habían consagrado en 1936: «*No deberá haber un solo enfermo que no tenga plaza en un sanatorio*», «*La España sana habrá de sacrificarse por la España enferma*», etc. Asimismo, ninguna de las funciones atribuidas al PNA suponía una novedad en el ámbito

---

275 En *Boletín Oficial del Estado*, 14-VIII-1939.

de la lucha antituberculosa, ya que todas y cada una de ellas ya habían sido planteadas, con lógicos matices y diferentes grados de definición, en diferentes disposiciones legislativas anteriores a la dictadura:

*«a) El tratamiento en todas sus modalidades y la profilaxis individual, familiar y social, [...] referentes al mejoramiento de la alimentación, vivienda y condiciones de trabajo, [...]*

*b) La protección económica de las familias de los hospitalizados.*

*c) La recuperación funcional y profesional de los enfermos y su incorporación al trabajo [...].*

*d) El diagnóstico precoz [...] mediante el examen [...] de toda la población [...]*

*e) La reglamentación de la propaganda en relación con los preparados farmacéuticos [...]*

*f) La educación sanitaria del pueblo [...] por todos los medios de propaganda.*

*g) La organización de una Caja Nacional de asistencia obligatoria contra la tuberculosis, [...]*

*h) La investigación científica y la enseñanza fisiológica [...].».*

Cabe destacar la mención a la futura creación de un sistema de previsión social con el que financiar los costes de la lucha contra la tuberculosis, una de las viejas aspiraciones de la medicina social y un escenario especialmente buscado por el sector falangista<sup>276</sup> del PNA. Sin embargo, se dispuso que, en tanto dicha caja no estuviese constituida<sup>277</sup>, se recurriría, entre otras fuentes de financiación, a los presupuestos del Estado, de las diputaciones y de los ayuntamientos, a *«las exacciones obligatorias y voluntarias»*, y a los servicios no gratuitos que pudiese prestar el PNA. Entre 1940 y 1943, el presupuesto del PNA pasó de 37 a 73,5 millones de pesetas (Serrano, 1992: 93), lo que supone un incremento muy significativo con respecto al presupuesto máximo alcanzado en los años de la Segunda República, 13 millones en 1933.

---

276 Esta familia política del Franquismo, pese a resultar adjudicataria de la mayor parte de los asuntos de carácter social, perdió la batalla en su particular lucha por el poder en el PNA hacia 1941. Tras la caída de Serrano Suñer, la Dirección General de Sanidad quedaría definitivamente en manos de los círculos católicos y militares (Molero, 1994: 213s).

277 El seguro social de la tuberculosis no llegaría a implantarse jamás (Molero, 1994: 217). En su defecto, a mediados de los años 40 se puso en marcha el Seguro Obligatorio de Enfermedad, destinado a cubrir las necesidades médico-farmacéuticas de los «productores económicamente débiles», así como el impacto sobre el salario de los periodos de enfermedad (Menéndez, 2008: 120s).

A partir de los cambios introducidos en 1939, el PNA se convirtió en un Instituto de Derecho Público dependiente del Ministerio de la Gobernación, con personalidad jurídica propia y capacidad para actuar como servicio descentralizado del Estado, aunque bajo el compromiso de guardar la más estrecha relación con la Dirección General de Sanidad. Por lo tanto, aunque el patronato, como tal, no deja de reproducir el viejo modelo de la beneficencia particular<sup>278</sup>, en su actuación está estrechamente supeditado, tanto en el aspecto técnico como en el económico, al Estado.

El control económico se manifiesta en el hecho de que todos los bienes y derechos del PNA tenían la consideración de patrimonio del Estado, y también en que toda la actividad de contratación del Patronato debía efectuarse con arreglo a las normas de la Administración. De igual modo, los presupuestos y las cuentas anuales del organismo debían contar con el visto bueno del Ministerio de Gobernación y la supervisión de la intervención delegada del Estado. La emisión de deuda requería no sólo de la autorización de Gobernación, sino también de la de Hacienda.

En cuanto a la supervisión técnica, la estructura orgánica del PNA, aun con claras concesiones hacia el poder político, al falangismo y a los clásicos representantes de la caridad privada, está muy ligada al aparato del Estado y al académico, y no se limita al aspecto sanitario.

La vida burocrática del PNA giraba en torno a su presidente, a una comisión permanente y a la asamblea general. Esta última estaba constituida por el ministro de la Gobernación, Serrano Suñer, en calidad de presidente del organismo, además de un vicepresidente —Juan Oller Piñol, coronel de Infantería del Servicio de Estado Mayor—, un tesorero y un secretario general —José Luis García Boente, inspector provincial de Sanidad de Orense—, designados todos por el ministro; un interventor-delegado del Ministerio de Hacienda; un abogado del Estado, como asesor jurídico; y, por último, por una serie de vocales y asesores. Entre estos últimos, tenían la consideración de vocales natos los directores generales de Sanidad —José Alberto Palanca—, Beneficencia —Manuel Martínez Tena—, Estadística y Propaganda —Dionisio Ridruejo—, además del fiscal superior de la vivienda —Blas Sierra—. Asimismo, se incorporaban diez vocales representativos de la Real Acade-

---

278 La Fundación Rockefeller no vio con buenos ojos esta regresión tras los progresos experimentados durante la Segunda República. Sin embargo, el propio director general de Sanidad, José Alberto Palanca, tranquilizó a la institución estadounidense asegurando que la gestión efectiva del PNA era llevada a cabo por un hombre de su departamento con despacho en el propio edificio de la Dirección General (Barona, 2006: 24).

mia de Medicina, las diferentes Escuelas de Arquitectura, Ingenieros de Caminos y Veterinaria, las Facultades de Medicina, la Sanidad militar y civil, y Falange (Benítez, 1940: 171-172.; Molero, 1994: 216 y nota 60).

Por último, resulta significativa la inclusión, como vocales de libre elección del ministro, de «cuatro señoras y dos señores» que se hubiesen destacado «*por su vocación y aptitudes en cuestiones de tuberculosis, beneficencia y asistencia social*». Ocuparon sendas vocalías tres aristócratas –dos mujeres y un hombre–, un miembro de la Sección Femenina, el jefe provincial de Falange en Madrid –Miguel Primo de Rivera– e Irene Rojí Acuña<sup>279</sup>, viuda de Martínez Anido (Benítez, 1940: 173). Igualmente significativa es la ausencia de tisiólogos, una situación que se va a prolongar hasta la siguiente reestructuración del PNA, en diciembre de 1943 (Molero, 1994: 208).

La asamblea general del PNA, que debía reunirse al menos dos veces al año, tenía entre sus funciones aprobar los proyectos de organización y los reglamentos de personal, servicios y funcionamiento de los centros adscritos al organismo, así como los de construcción y ampliación de los mismos. También se encargaría de aprobar los presupuestos, las cuentas anuales y la emisión de empréstitos.

Por su parte, la comisión permanente estaba constituida por el presidente, el vicepresidente, el tesorero, el interventor-delegado de Hacienda, el director general de Sanidad, un arquitecto, un ingeniero, el asesor jurídico, «*un señor y una señora vocales de elección*» y el secretario general. Su misión era configurar el orden del día del pleno, aprobar las obras de mejora y mantenimiento de edificios y, en general, resolver todo lo que no fuera competencia de otros órganos de decisión del PNA.

Por otro lado, estaba previsto que el PNA dispusiese de delegaciones provinciales, presididas por los gobernadores civiles, y de subdelegaciones locales en las localidades que fuesen cabeza de partido y en aquellas otras donde se considerase necesario.

---

279 Rojí también era inspectora de primera enseñanza. En 1941 publicó un opúsculo dedicado a la Obra Grancher, editado por el Ministerio de la Gobernación.



Finalmente, la *Ley de Bases* de 1939 supuso la ordenación más compleja y estructurada que los servicios de la lucha antituberculosa oficial habían experimentado jamás en España, dando lugar a un PNA fuertemente burocratizado y compartimentado. Así, se establecían una sección técnico-administrativa, otra de hacienda y una tercera de relaciones o secretaría general, que comprendían a su vez numerosas ramificaciones.

La sección técnico-administrativa se dividía a su vez en dos subsecciones, una técnica y otra administrativa. A la primera correspondían los servicios médicos y los de construcción. Al frente de los servicios médicos se situaba el director general de sanidad, que, asistido por un subjefe, se encargaría de todo cuanto afectase a dispensarios, sanatorios y otros establecimientos de similares características, obra profiláctica, enseñanza fisiológica, personal facultativo y auxiliar, suministros médico-farmacéuticos, inspección de centros, propaganda y publicidad médicas, investigación y experimentación. Por su parte, los servicios de construcción quedaban configurados por una jefatura de ingeniería y arquitectura.

La sección de hacienda también tenía dos subsecciones, una dedicada a intervención y caja, y otra a previsión, con vistas al establecimiento de una caja nacional de asistencia obligatoria contra la tuberculosis.

En manos de la secretaría general, además de la asistencia y suplencia del presidente, quedaban las funciones de secretaría, registro general, archivo, relaciones con el resto de organismos del PNA y con el exterior, propaganda general, y asesoría jurídica y de la infancia.

## ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA PRIMERA POSGUERRA

Como ya hemos explicado en los capítulos dedicados a la Guerra Civil, el conflicto supuso la destrucción de muchos establecimientos antituberculosos y serios daños para otros muchos (Benítez, 1940: 171), en un contexto de escasez y carestía generalizada muy propicio para que los índices de morbilidad y mortalidad por tuberculosis se disparasen en la inmediata posguerra (Benítez, 1940: 22ss; *Id.*, 1945: 6). En 1939, cada día morían 82 personas por tuberculosis, una cada 17 minutos (Benítez, 1940: 162, nota 1).

Además, la movilización militar de grandes contingentes de población contribuyó, al finalizar el conflicto, a llevar la tuberculosis al medio rural, donde la presencia de la enfermedad había sido hasta ese momento menor (Benítez, 1940: 26). En este sentido, una de las principales preocupaciones de ambos bandos fue dar cabida a un gran contingente de enfermos, especialmente los contagiosos, en una red de centros hospitalarios que antes de verse afectada por la guerra ya era manifiestamente insuficiente.

En 1940, el PNA disponía de aproximadamente 5.300 camas en 55 sanatorios, preventorios y enfermerías distribuidos en 43 provincias (Serrano, 1992: 79) (Fig. 82). La mayoría de ellos no eran de nueva planta; de hecho, en muchos casos los edificios empleados no cumplían los requerimientos técnicos establecidos en 1928 para este tipo de instalaciones sanitarias<sup>280</sup>, o incluso no disponían siquiera de balcones o galerías de cura. Sin embargo, la prioridad en aquellos momentos continuaba siendo apartar al mayor número posible de tuberculosos de sus entornos habituales para evitar el contagio (Ruiloba, 2014: 55).

En muchos casos, los sanatorios del PNA no eran más que salas o pabellones de los hospitales provinciales, como ocurrió en Valladolid, Toledo, Orense y Albacete<sup>281</sup>. En otras ocasiones se trataba de inmuebles propiedad de la beneficencia o de congregaciones religiosas, residencias par-

---

280 Véase capítulo 3.3.1.

281 El PNA también intentó integrar en su red la sala de tuberculosos del Hospital Provincial de Madrid, aunque sin éxito. Los oficios que ambas entidades se intercambiaron se conservan en el Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. Diputación Provincial. Sección Beneficencia. Caja 4.381. 28-IV-1939 (dos documentos). Sin clasificar.

ticulares, santuarios, castillos, balnearios, hoteles... Casi cualquier lugar era bueno para contener el avance de la tuberculosis. No obstante, también se construyeron nuevos sanatorios, como los de Zamora, Palencia, El Piornal, en Cáceres, o Canteras, en Murcia (Ruiloba, 2014: 55ss).

PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO
ÁLAVA	1.- Sanatorio-Enfermería El Campillo (Vitoria)	MADRID	30.- Sanatorio de Valdelatas
ALBACETE	2.- Sanatorio-Enfermería de Albacete		31.- Sanatorio de Iturralde
ALICANTE	3.- Sanatorio de Aguas de Busot	MÁLAGA	32.- Sanatorio marítimo de Torremolinos
	4.- Sanatorio de Torremanzanas	MURCIA	33.- Sanatorio-Enfermería de Canteras (Cartagena)
ASTURIAS	5.- Sanatorio-Enfermería de Boñar		34.- Sanatorio-Enfermería Sierra Espuña
ÁVILA	6.- Sanatorio-Enfermería de Santa Teresa	NAVARRA	35.- Sanatorio-Enfermería Nuestra Señora del Carmen
BADAJOS	7.- Sanatorio-Enfermería Las Poyatas	ORENSE	36.- Sanatorio-Enfermería Martínez Anido
BARCELONA	8.- Sanatorio Tres Torres	PALENCIA	37.- Sanatorio-Enfermería Monte El Viejo
	9.- Sanatorio Espíritu Santo	PALMAS, LAS	38.- Sanatorio-Enfermería El Sabinal
	10.- Preventorio Xifré	PONTEVEDRA	39.- Sanatorio-Enfermería El Rebullón
BURGOS	11.- Sanatorio-Enfermería Gayangos	RIOJA, LA	40.- Sanatorio-Enfermería Santa Justa
CÁCERES	12.- Sanatorio-Enfermería San José (El Piornal)	SALAMANCA	41.- Sanatorio-Enfermería Llano Alto (Béjar)
	13.- Sanatorio-Enfermería de San Martín de Trevejo	SEGOVIA	42.- Sanatorio-Enfermería de las Nevillas
CÁDIZ	14.- Sanatorio-Enfermería de Chiclana		43.- Sanatorio infantil de San Rafael
CANTABRIA	15.- Sanatorio-Enfermería de Ampuero	SEVILLA	44.- Sanatorio-Enfermería El Tomillar
	16.- Sanatorio marítimo de Pedrosa		45.- Sanatorio-Enfermería San José
CASTELLÓN	17.- Sanatorio-Enfermería de Villarreal	SORIA	46.- Sanatorio-Enfermería Derroñadas
CÓRDOBA	18.- Sanatorio-Enfermería Nuestra Señora del Carmen	TARRAGONA	47.- Sanatorio-Enfermería La Sabinosa
CORUÑA, LA	19.- Sanatorio marítimo de Oza	TENERIFE, STA. CRUZ DE	48.- Sanatorio-Enfermería Palomo
	20.- Sanatorio-Enfermería La Choupana	TOLEDO	49.- Sanatorio-Enfermería de Toledo
GERONA	21.- Sanatorio-Enfermería de Nuria	VALENCIA	50.- Sanatorio marítimo de la Malvarrosa
GRANADA	22.- Sanatorio-Enfermería Provincial		51.- Sanatorio-Enfermería Vedat de Torrente
GUIPÚZCOA	23.- Sanatorio-Enfermería 18 de Julio (Asteasu)	VALLADOLID	52.- Sanatorio-Enfermería P. de la Magdalena

	24.- Sanatorio-Enfermería Nueva España	VIZCAYA	53.- Sanatorio-Enfermería Briñas
HUELVA	25.- Sanatorio-Enfermería Nuestra Señora del Carmen	ZAMORA	54.- Sanatorio-Enfermería Nuestra Señora del Yermo
HUESCA	26.- Sanatorio-Enfermería de Boltaña	ZARAGOZA	55.- Sanatorio-Enfermería Agramonte
JAÉN	27.- Sanatorio-Enfermería El Neveral		
LEÓN	28.- Sanatorio-Enfermería A. de Lebanza		
LUGO	29.- Sanatorio-Enfermería del Miño		

FIG. 82.— *Sanatorios, enfermerías y preventorios del PNA en 1940 (Serrano, 1992: 79ss).*

En julio de 1940, en la que fue su segunda reunión, la asamblea general del PNA se propuso construir 15.000 nuevas camas sanatorias, con el objetivo de configurar un parque de 20.000 plazas en toda España que se distribuirían conforme a los índices de mortalidad en cada una de las trece regiones sanitarias en las que quedaría dividido el país. El plan contemplaba que el 70% de estas plazas fuesen gratuitas, mientras que el resto serían de pago, con arreglo a tres precios diferentes (Benítez, 1940: 191). Con este sistema, el PNA podría dar satisfacción a las necesidades de enfermos con diferentes perfiles socio-económicos y, al mismo tiempo, reducir sus propios costes operativos.

Adicionalmente, el PNA aspiraba a implantar una red de 240 dispensarios antituberculosos —uno por cada 100.000 habitantes—, aunque en una primera fase se limitaría a 100, es decir, los imprescindibles (MG, c.1944: 4). El coste estimado de este plan, que incluía asimismo un gran instituto para la enseñanza de la fisiología, se elevaba a 200 millones de pesetas<sup>282</sup>, con unos gastos anuales de mantenimiento de 116 millones. El Estado, es decir, la Administración central, provincial y municipal, abonaría 47 millones, y el resto procedería de los servicios de pago —18 millones—, del seguro antituberculoso —45 millones— y de aportaciones extraordinarias —6 millones, producto de la sobretasa postal, lotería, *Fiesta de la Flor*...— (Benítez, 1940: 187ss).

282 En 1936, este coste se había cifrado en 80 millones de pesetas, pero la inflación obligó a actualizar el presupuesto inicial (Benítez, 1940: 191). Hay que recordar que, entre 1939 y 1950, el índice general de precios pasó de 100 a 570 (Biescas, 1987: 41).

La respuesta no se hizo esperar. El desiderátum del PNA se plasmó en una ley que cifraba en 179.464.400 pesetas la cantidad que el Estado se comprometía a aportar, con cargo al Fondo de Protección Benéfico-Social y de los presupuestos generales, para acometer la construcción, ampliación y adaptación de sanatorios, preventorios y dispensarios, hasta alcanzar un total de 20.000 camas<sup>283</sup>. Se trataba, en fin, de multiplicar por cuatro el número de plazas, una empresa que parecía difícilmente alcanzable en un país asolado por una guerra civil (Fig. 83).

Ahora bien, la ley no determinaba plazo temporal alguno para esta realización, limitándose a esbozar un lacónico «*en el menor tiempo posible*». También aclaraba que la necesidad de acudir a un aumento del número de camas era una simple fase de la lucha antituberculosa, cuyo triunfo definitivo vendría de la mano de «*la definitiva resolución de problemas de índole no sanitaria implicados en ella y que han de hallar cauce en instituciones de seguro y previsión*». En efecto, el seguro de la tuberculosis era visto como la única solución viable al inmenso reto que planteaba la enfermedad:

«Sin éste no puede llegarse nunca a una solución aceptable. La aportación del Estado, de los organismos provinciales o municipales y de entidades privadas no bastan a satisfacer el gasto considerable que representa un sistema de Lucha Antituberculosa bien organizado» (Benítez, 1940: 87).

En 1942, en el marco de este plan de construcción a gran escala, se convocó un concurso de anteproyectos para el despliegue de sanatorios antituberculosos conforme a las prescripciones científicas, técnicas y sanitarias del PNA<sup>284</sup>. De este modo, se establecieron tres sanatorios tipo: uno para la zona norteña, otro para la Meseta castellana y uno más para Andalucía, con subtipos para capacidades para 200, 300 y 400 camas en cada zona. Con este modo de proceder, el PNA esperaba conseguir una gestión más eficiente y racional de la red sanatorial, con la consiguiente reducción de los enormes gastos que implicaba su ejecución y mantenimiento. El primer premio en todas las categorías se adjudicó al propio servicio central de construcción del organismo (Benítez, 1945: 14).

---

283 Ley de 23-XI-1940, en *Boletín Oficial del Estado*, 10-XII-1940.

284 Sin duda, este concurso se inspiró en la red de sanatorios desplegada por la Italia fascista, basada en diversos modelos adaptados a su emplazamiento geográfico (Ruiloba, 2014: 64s).



Las actuaciones en materia de asistencia médico-social en este periodo incluyen también la integración de todas las consultas de tisiología de los centros secundarios de higiene rural, anteriormente dependientes de la Dirección General de Sanidad, en la estructura del PNA, bajo la denominación de dispensarios antituberculosos comarcales<sup>285</sup>. Esto permitió al PNA consolidar su posición como principal actor de la lucha antituberculosa en nuestro país al quedar bajo su control toda la red dispensarial, desde las capitales de provincia, donde se ubican los dispensarios centrales y, en su caso, los filiales, hasta los municipios de mediano tamaño en los que se emplazan los comarcales.

Es precisamente en esta etapa cuando el PNA deja sentadas las bases de la misión de los dispensarios como órganos esenciales de la lucha antituberculosa, dejando definitivamente atrás los planteamientos con los que la institución había iniciado su andadura en 1936, centrados de forma exclusiva en los sanatorios.

En este nuevo escenario, los dispensarios desempeñaban un papel eminentemente profiláctico, volcado en el estudio epidemiológico de la tuberculosis en sus respectivas áreas de influencia y, especialmente, en el examen sistemático y periódico de masas de población homogénea y de fácil control, así como de las familias y personas directamente relacionadas con los enfermos. Además, los dispensarios asumían el reconocimiento, diagnóstico y clasificación de cualquier persona que, de forma espontánea o por indicación de un tercero, acuda a la consulta; las propuestas de ingreso en centros hospitalarios específicos; la divulgación y educación de la población, especialmente de las personas más cercanas a los enfermos; y el saneamiento de los focos de contagio. Asimismo, la labor de los dispensarios se complementaba con tratamiento ambulatorio siempre que concurriesen las condiciones clínicas, sociales o familiares adecuadas o no existiesen plazas vacantes en los sanatorios. Estas funciones terapéuticas se ampliaban a los pacientes que habían sido dados de alta en dichos centros y tuviesen la necesidad de prolongar su tratamiento (Serrano, 1992: 100-101).

Sin embargo, la función profiláctica teórica de los dispensarios quedó en poco más que una declaración de intenciones ante la realidad económica del país y de los enfermos, en un contexto en que todo esfuerzo médico quedaba en segundo plano. Los dispensarios, además de escasos –

---

285 Orden de 11-III-1942, en *Boletín Oficial del Estado*, 13-III-1942.

uno por cada 600.000 habitantes—, tenían que desempeñar sus funciones en condiciones precarias. Por ejemplo, los tres dispensarios centrales de Madrid tenían que atender a toda la población de la capital con una máquina de rayos X en cada uno de ellos y un total de 18 instructoras sanitarias (Benítez, 1940: 38-39).

Además, la dispersa red asistencial franquista no hacía más que perjudicar la necesaria unidad de acción de los servicios sanitarios:

«[...] ¿qué puede hacer el Dispensario antituberculoso como centro de profilaxis frente a los problemas sociales de vivienda, de la alimentación, del paro obrero y de tantos otros que favorecen el desarrollo de esta enfermedad? Su importancia salta a la vista y no admite otro comentario que el de reconocer que para luchar contra una enfermedad social no basta un solo sector de la sociedad. Afirmación que podemos apoyarla en numerosos argumentos, entre los que se destaca la resistencia pasiva que supone la desarticulación tan frecuente entre la organización antituberculosa y aquellas instituciones de carácter benéfico y social que tratan de servir a la Sanidad oficial prescindiendo, en muchos casos, de los postulados en que la propia Sanidad se funda; circunstancia que corrobora el aserto de que la función profiláctica de los Dispensarios es, por el presente, más bien teórica que real» (Benítez, 1945: 7).

Otra de las realidades del momento es la de la abundantísima población reclusa, que se estima en unas 270.000 personas en 1940 (Casanova, 2004: 20). El hambre se convirtió en la principal preocupación de los presos (Melero, 2006: 11), pues ni la cantidad ni las calorías administradas en las cárceles se ajustaban a lo recomendado por la propia legislación franquista (Escudero, 2006: 4). Tampoco se cumplían las más mínimas normas sobre higiene y salubridad, y el número de reos solía superar con creces el aforo oficial de los recintos en los que se hallaban confinados (*Ibid.*: 3, Palanca, 1943: 25 y 28). Las circunstancias, pues, no se limitaban a favorecer la adquisición de enfermedades: también facilitaban un contagio rápido y masivo. Sirva de ejemplo el caso de Córdoba, donde en 1941 murieron 502 de las 4.000 personas que se hallaban presas (Moreno, 1989: 199).

Aunque, desde 1940, la legislación franquista reconoció la necesidad de establecer comisiones de servicios sanitarios en las cárceles y de aislar en pabellones específicos a los presos aquejados de enfermedades infecto-contagiosas, incluida la tuberculosis, la separación del resto de internos no solía producirse en la práctica (Serrano, 1992: 158; Barranquero *et al.*, 1994: 65ss; Eiroa, 1995: 237ss; Serrano y Serrano, 2002: 29).

Asimismo, se habilitaron hospitales penitenciarios para tuberculosos. Uno de los más destacados fue el antiguo sanatorio de Porta Coeli, en Valencia, con capacidad para 700 camas, al que siguieron los de Pamplona y Cuéllar. En este tipo de establecimientos, la mayor parte del personal, tanto médico como de servicios, estaba constituido por reclusos (Melero, 2006: 11s).

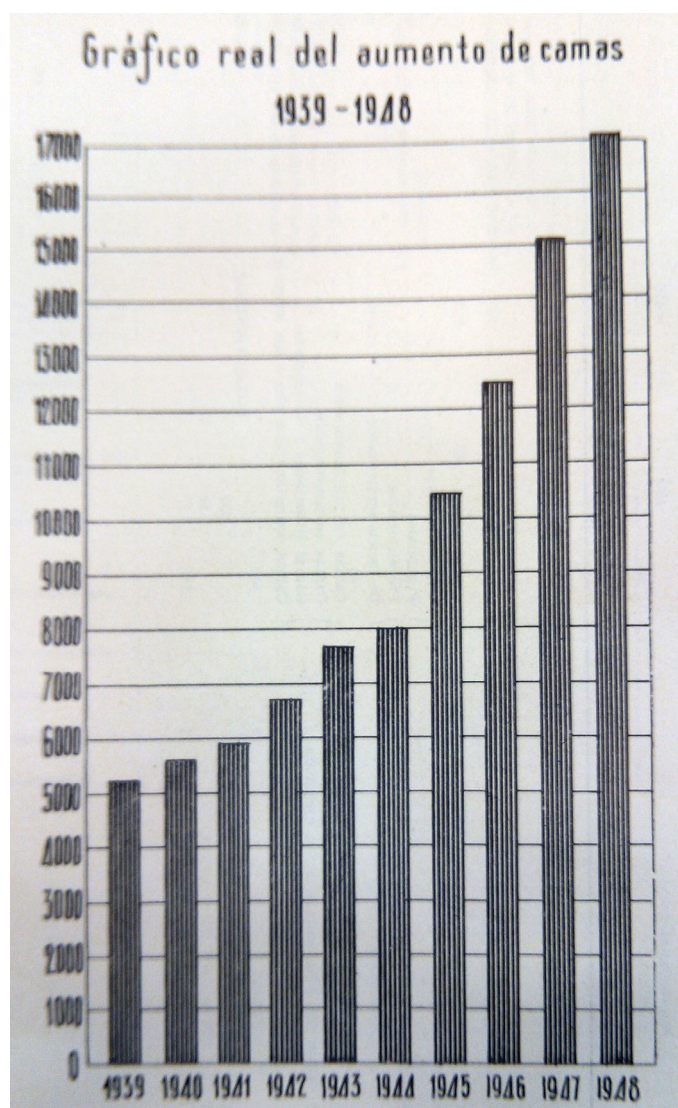


FIG. 83.— Aumento de camas en sanatorios antituberculosos entre 1939 y 1948 según Benítez Franco (1950: 222, graf. 34).

## COMUNICACIÓN SOCIAL: PRENSA, PROPAGANDA, DIVULGACIÓN Y DEBATE PÚBLICO DURANTE LA PRIMERA POSGUERRA (1939-1943)

La comunicación social de la tuberculosis en este periodo se caracteriza por la total ausencia de debate o de disconformidad hacia las políticas sanitarias oficiales, algo que había sido muy frecuente durante la etapa republicana e incluso, aunque en menor medida, de la Restauración y de la Dictadura de Primo de Rivera. No es menos cierto que en el seno del propio Franquismo también se produjeron controversias y desencuentros en lo que a organización antituberculosa se refiere (Molero, 1994: 207 y ss.), pero los mensajes que las instituciones lanzaron de forma sistemática a la población gozaron de una gran uniformidad, en el marco de la estrategia de propaganda del nuevo régimen.

Como ya hemos indicado anteriormente, la propaganda sanitaria franquista se basaba en la creencia de que la enfermedad era un problema de incultura popular<sup>286</sup>, dejando de lado toda consideración social o económica<sup>287</sup>. El director general de Sanidad, José Alberto Palanca (Fig. 84), matizó esta consideración, pues si por un lado entendía que la vía de la educación era especialmente importante en las circunstancias españolas, la acción sanitaria del Estado debía em-



FIG. 84.— José Alberto Palanca Martínez-Fortún (1888-1973). Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. En: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).

286 Véase el epígrafe dedicado a la lucha antituberculosa en la zona sublevada durante la Guerra Civil, en el presente capítulo.

287 Veamos algunos datos significativos sobre los efectos de la coyuntura económica en la vida de la población española. La guerra había destruido aproximadamente 250.000 viviendas (Biescas, 1987: 22) y, según la Fiscalía de la Vivienda, a mediados de los 40 un 30% de las casas no reunían las condiciones de salubridad indispensables (Benítez, 1940: 119). También por esas fechas, el índice de casas sin agua corriente se elevaba a 197 por 1.000, frente a un 117 por 1.000 que sí disponían de ella (*Ibid.*: 113). Por otro lado, la inflación, de base 100 en 1939, llegó hasta el nivel 570 en 1950, y hubo que esperar a 1952 para que la renta per cápita en pesetas constantes recuperase los niveles de 1935 (Bahamonde, 1993: 18). Como consecuencia de esta situación, una investigación reveló que los niveles calóricos medios ingeridos por los habitantes de Puente de Vallecas, un barrio obrero de Madrid, en el bienio 1941-1942 representaban entre el 57 y el 80 por 100 de las necesidades mínimas (*Ibid.*: 20).

plearse en la misma proporción:

*«[...] hay dos maneras distintas de impulsar los servicios sanitarios y aun la transformación sanitaria de un pueblo. La primera, la de que el Poder Público, la Sanidad oficial, vaya delante de las costumbres [...]. La otra, es el método contrario: crear un ambiente sanitario que exija, pedida por el mismo pueblo, la reforma sanitaria. El primer método es el más usado en los pueblos incultos. El último se utiliza, preferentemente, en los más adelantados. En los momentos actuales, entre nosotros, se está siguiendo un término medio. Desde las esferas gubernamentales se hace todo lo posible por imponer la práctica de la Medicina social con realidades o con disposiciones legales; pero, al mismo tiempo, se realiza una prudente pero constante propaganda, para llevar al convencimiento de las masas de que hay que vivir en consonancia con los conocimientos científicos actuales» (Palanca, 1944: 18).*

En esta estrategia, las actuaciones de carácter social y asistencial, acompañadas de su correspondiente retórica, desempeñaron un puesto de primer orden en tanto que instrumento de legitimación política en un contexto de profunda desigualdad (Biescas, 1987: 39s; Molinero, 2005: 12 y 14). El discurso oficial vio en la tuberculosis uno de los principales enemigos a batir, y no cesó de incidir en la necesidad, como ya se había puesto de manifiesto al crearse el PNA, en 1936, de que la España rica y sana se sacrificase por la España pobre y enferma (*vid. supra*). La solución definitiva al problema de la tuberculosis sólo podría venir de la mano del nuevo régimen, el primero que, según su propia propaganda, se preocupaba realmente por los desheredados. Así lo expresó el general Franco:

*«¿Es que puede algún español permanecer indiferente ante los grandes problemas de la miseria ajena, de la tuberculosis y de tantos males como afectan a nuestras clases humildes? Hemos iniciado esta labor en plena guerra, y hemos de continuarla; en el campo sanitario creamos más de seis mil camas en sanatorios, que son una quinta parte de las necesarias para la lucha antituberculosa. ¿Que para ello se imponen sacrificios mayores a la España sana? Ciertamente, pero no debe importarnos el legar a nuestros hijos una carga mayor, ni cabe medida más justa; no dudemos que el juicio que en un mañana merezcamos será muy distinto del que dolorosamente formamos de los que nos precedieron y no quisieron o no supieron resolver este problema» (Benítez, 1940: 5).*

Ese espíritu de abnegación no sólo nacía de una profunda —e inédita— voluntad de democratizar la sanidad en España; también se alimentaba de un florecimiento de la ciencia médica en España, que había permanecido abandonada hasta entonces. Citamos nuevamente al jefe del Estado:



«[...] si miramos al orden sanitario, no conoció España en toda su historia transformación más honda que la que se está desarrollando con la valiosa y altruista cooperación de las autoridades más insignes de nuestra Medicina. Las grandes luchas contra la tuberculosis, el paludismo, la mortalidad infantil, la lepra y otras endemias cuentan hoy con numerosos preventorios, sanatorios, maternologías, leproserías y establecimientos científicos de investigación y de profilaxis que en poco tiempo superarán a los de los países mejor dotados. De esta forma se va haciendo accesible a todas las clases sociales lo que de hecho hasta ayer estuvo al servicio exclusivo de unos pocos privilegiados» (Anónimo, c. 1949: 3).

Estas afirmaciones obvian los enormes progresos científicos experimentados por la ciencia y la medicina españolas desde la creación de instituciones como la Junta de Ampliación de Estudios y la Residencia de Estudiantes, y el hecho de que muchos de los protagonistas de este proceso de modernización se exiliaron tras la Guerra Civil (García Camarero, 1978; Giral, 1989; Barona, 2003; *Id.* y Lloret, 2003; Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 467).

Por otro lado, tampoco hay que olvidar la finalidad demográfica de la obra social del régimen, encaminada a construir una nación fuerte y próspera, con el objetivo final de elevar la población a 40 millones de personas (Benítez, 1940: 112). En este sentido, no podemos perder de vista la gran repercusión de la Guerra Civil sobre el capital humano del país, pues a los muertos, desaparecidos y exiliados, unos 600.000 en total, hay que sumar los cientos de miles de españoles que, en su plena edad productiva, quedaron incapacitados para el trabajo (Bahamonde, 1993: 12). Sin embargo, el Franquismo acusó a la Segunda República de ser la verdadera responsable del problema, al haber alentado algunas medidas para el control de la natalidad. También se acusó a aquellos sectores médicos que habían abogado por una maternidad consciente, o bien al descreimiento y la pérdida de los valores tradicionales (Bernabeu-Mestre, 2002: 128ss). En cualquier caso, el Gobierno se propuso actuar preferentemente en materia de tuberculosis, mortalidad infantil y vivienda y urbanización (Benítez, 1940: 113; Crespo, 1941: 11). Como afirmó Serrano Suñer, ministro de la Gobernación y por lo tanto máximo responsable de las políticas sanitarias, en alusión a los fallecidos por tuberculosis:

«Cada vida que se pierde es una fuente que se ciega para la economía y para el poderío de la Patria» (Benítez, 1940: 19, nota 1).

De este modo, la propaganda franquista se preocupó por transmitir la imagen de un régimen profundamente identificado con la protección de las familias en el más amplio sentido de la expresión, haciendo especial hincapié en la salvaguardia de la infancia<sup>288</sup> (Maestro, 1944). En este sentido, la forma en la que el nuevo Estado deseaba proteger a la familia y elevar el tono sanitario del país estaba profundamente imbricada en el sistema de valores imperante (Fig. 85). Por lo tanto, la acción sanitaria, incluida la lucha antituberculosa, no sólo estaba llamada a mejorar la salud de los ciudadanos, sino también a convertirlos en buenos españoles:

«[...] *la familia y Estado son solidarios, y [...] «cuando el Estado rompe esa solidaridad destruyendo o permitiendo que se destruya la familia, ésta se venga destruyendo al propio Estado».*

*No ocurrirá eso en España. [...] una de las más serias y constantes preocupaciones de la España Nacional ha sido abordar resueltamente el problema demográfico, procurando robustecer la institución familiar, mejorar sus condiciones económicas e iniciar una política sanitaria adecuada y eficaz. [...] el primer Gobierno Nacional dijo al país en su manifiesto: Precisa, asimismo, acometer la empresa de saneamiento moral y material de todo el pueblo español, necesitado hasta el máximo de una auténtica política cultural y sanitaria que por medio de los médicos y maestros borre cuantos gérmenes enfermaron la mente y la salud de un magnífico, probablemente único, material humano. Y ya antes [...] Martínez Anido, había inspirado y puesto en marcha el Patronato Nacional Antituberculoso» (Bosch, 1940: 25s).*

Independientemente de los planteamientos políticos e ideológicos que subyacen, en mayor o menor medida, en los productos de divulgación sanitaria que se realizaron en esta época, no podemos perder de vista la continuidad de Julio Bravo Sanfelú (Fig. 64) al frente de la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad. Desde un punto de vista técnico, la propaganda sanitaria y antituberculosa del Franquismo se vio beneficiada por sus amplios conocimientos en la materia y su capacidad para conectar con el público con un lenguaje sencillo y un uso magistral de la narrativa y los recursos expresivos. Aunque en estas obras –ya sean manuales escolares, películas o carteles– observamos, en fin, la inevitable carga política o ideológica que les corresponde, no por ello pierden su valor como herramientas de comunicación de una excelente factura.

---

288 Una buena muestra de esta estrategia es la colección *“Al servicio de España y del niño español”*, editada por el Gobierno franquista entre 1938 a 1964 y dirigida por el jefe de los Servicios de Puericultura de la Dirección General de Sanidad, el pediatra valenciano Juan Bosch Marín (Salazar-Agulló *et al.*, 2010: 3). La colección se constituyó en el vehículo oficial. Entre los diferentes opúsculos publicados, destaca el de Mestre Medina (1939), que lleva el expresivo título *La vida de tu nene depende de ti, mujer*. En esta colección se publicó, además, una serie de conferencias radiofónicas, en las que la tuberculosis desempeñó un papel central (Jiménez *et al.*, 2002: 205ss).



FIG. 85.— Ejemplos del ideario de promoción de la salud infantil del Franquismo: la mujer como única responsable del cuidado del niño y responsable de dar a la patria sanos y fuertes. A la izquierda: página del manual de puericultura para madres *La vida de tu nene depende de ti, mujer, de la colección "Al servicio de España y del niño español"* (Mestre, 1939). A la derecha: cartel de principios de los años 50 en el que la mujer, además, es tildada de ignorante y, por tanto, debe ser educada para ser madre (Bravo, 1951: s.p.).

# PRENSA ESPECIALIZADA: REVISTA ESPAÑOLA DE TUBERCULOSIS, ÓRGANO OFICIAL DEL PNA

Tras el paréntesis de la Guerra Civil, la *Revista Española de Tuberculosis* volvió a editarse en 1940 como órgano oficial del PNA bajo la dirección de Benítez Franco, que ya había sido su redactor jefe durante el periodo republicano. Tenía periodicidad mensual.

Como publicación oficial del PNA, la revista se consagró a recoger los artículos de sus propios fisiólogos, así como extractos de gran parte de los que aparecían en el extranjero. También publicaba todas las disposiciones, acuerdos y labor de los servicios centrales y territoriales del PNA (Benítez, 1945: 211). En esta etapa de la revista no hay espacio para la opinión ni el debate más allá de lo estrictamente científico, tal y como había venido siendo habitual hasta 1936.

## CINE

### ~ *El tren* (Julio Bravo, 1940)

Esta breve película ya fue citada por Perdiguero *et al.* (2007: 81) en su estudio sobre las películas sobre salud infantil producidas en España entre 1928 y 1936. Sin embargo, estos autores se limitan a atribuirle a Julio Bravo, pasando por alto una interesante secuencia relacionada con la sanidad, y especialmente con la tuberculosis.

Aunque el motivo principal de la cinta, como su propio título indica, es el mundo ferroviario, *El tren* contiene imágenes de un dispensario antituberculoso móvil que la Administración sanitaria había puesto a disposición de los ferroviarios, montado en un coche ferroviario de la compañía Madrid-Zaragoza-Alicante especialmente adaptado. Disponía, tal y como nos muestran las imágenes, de rayos X, laboratorio, cocina y lavabo (Fig. 86).

La aparición de un *excursus* de estas características en una película dedicada al mundo del tren es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta que tanto la dirección como el guión corrieron a cargo de Julio Bravo, que incluso participó en las tareas de montaje.





FIG. 86.— Aspecto exterior y del interior del coche-dispensario para ferroviarios. Fotogramas de El tren (Bravo, 1940).



~ *Tuberculosis pulmonar* (Julio Bravo, 1942)

En 1942, el PNA produjo el documental *Tuberculosis pulmonar*, bajo la dirección de Julio Bravo y conforme al guión que él mismo había elaborado. Perdiguero, tanto en solitario (2009: 150) como en colaboración con otros autores (2007: 81), la sitúa en 1941, aunque los registros de la Filmoteca Española posponen su producción un año.

A lo largo de sus 14 minutos, esta producción, que hasta ahora no había sido analizada en ninguna investigación, nos muestra con sencillez y tono didáctico cómo se podía prevenir la tuberculosis pulmonar y los medios que el Estado disponía para su tratamiento. Conserva el espíritu de las clásicas cartillas antituberculosas (Fig. 87), con la ventaja evidente de traducir a imágenes el repertorio habitual de enseñanzas y consejos. A esta intención didáctica se suma, como veremos, un claro afán propagandístico.

El documental se inicia con una imagen al microscopio del bacilo de Koch y la siguiente frase: «*La mejor forma de prevenir la enfermedad es conocer su causa: el bacilo de Koch, descubierto en 1884 por Roberto Koch*». Acto seguido, la voz *en off* explica que la enfermedad se puede contraer a cualquier edad, pero que es más frecuente en la infancia. También se advierte de la posibilidad de contraerla bebiendo leche de vacas tuberculosas, y de la necesidad de hervir la leche para evitarlo.

En los siguientes minutos, la atención se desplaza hacia las formas de contagio. La narración explica que

«*Los niños, como se lo llevan todo a la boca, tienen mucha facilidad para contagiarse. Por eso no hay que escupir en el suelo.*»

También se recomienda con viveza recurrir a los efectos beneficiosos de la luz solar:

«*La vivienda lóbrega e insalubre es acaso el factor que más contribuye a fomentar y perpetuar el contagio. No consintamos que en el país del sol haya gente que para verlo tenga forzosamente que salir de su casa.*»

A continuación, la película muestra los medios que el PNA pone al servicio de los españoles para luchar contra la tuberculosis, comenzando con los especialmente diseñados para los hijos de las enfermas, como los centros de colocación maternal y los servicios de maternología e infancia que funcionan en los sanatorios. «Las madres [...] aceptan heroicamente el sacrificio», asegura el narrador.

Otro de esos medios es el dispensario, la institución encargada de realizar las funciones menos espectaculares pero más trascendentales de la lucha antituberculosa, según el guión: el tratamiento de enfermos, el descubrimiento de nuevos casos y la vigilancia de los expuestos al contagio. Tras algunos planos del dispensario de Universidad, en Madrid, se muestran imágenes de un sanatorio, con sus grandes galerías de cura. Allí acuden, asegura la voz *en off*, los que no tienen suficiente con la acción terapéutica de los dispensarios. Por eso, el Estado español se esfuerza, a través del PNA, en multiplicar las instalaciones sanatorias, a las que se han incorporado las más modernas instalaciones quirúrgicas. El documental se esfuerza en transmitir la idea de que gracias a las nuevas técnicas se logra salvar la vida de muchos que en otros tiempos habrían sido desahuciados por la ciencia.

Vemos seguidamente una sucesión de escenas muy interesantes. El narrador asegura que

*«La acción bienhechora del descanso es indiscutible, pero para que el cuerpo descanse en condiciones la mente también tiene que hacerlo.»*



FIG. 87.— Cartilla contra la tuberculosis (Sugrañes, 1911).

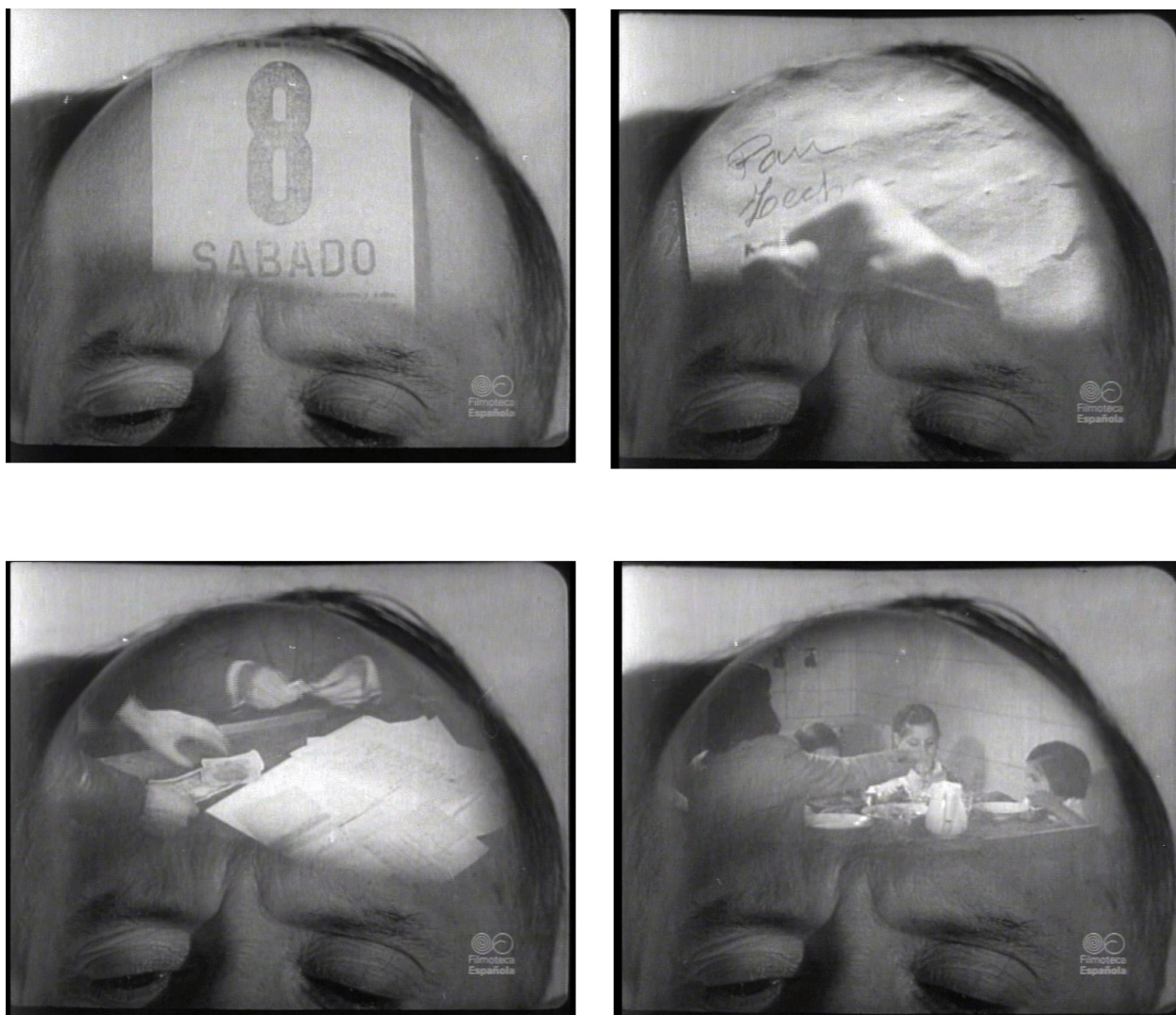


FIG. 88.— *Representación simbólica de las preocupaciones del trabajador tuberculoso. Fotogramas de Tuberculosis pulmonar (Bravo, 1942).*

Mientras tanto, se nos muestra un primer plano de la parte superior de una cabeza de hombre con los ojos cerrados, sobre el que se funden sucesivamente las siguientes imágenes (Fig. 88): la hoja de un calendario —el tiempo que pasa implacablemente—, unas manos que despachan dinero —el jornal—, otra que escribe una lista de la compra —el pan de los hijos—, unos niños sentados a la mesa —la responsabilidad del padre de familia—... Son las preocupaciones del tuberculoso que ya no puede trabajar.

*«Consciente de ello, nuestra legislación social no olvida al enfermo de posición modesta que ha dejado atrás un hogar y una familia, y que no puede ganar su jornal. Medidas de previsión ayudan a minorar las inquietudes morales y materiales del tuberculoso económicamente débil.»*

En el campo de la prevención, el cortometraje invita a los ciudadanos a que vigilen su salud, mientras contemplamos unas manos que percuten la espalda de un hombre en el curso de un reconocimiento:

*«¿Cómo se evita la tuberculosis? Una manera de hacerlo es someterse a exámenes periódicos para poder atacarla a tiempo, aunque se esté sano. [...] ¿Cuántos males y dinero ahorrariamos si fuésemos a que nos reconociese un médico por lo menos una vez al año? Además, ¿por qué hemos de tratar a nuestro organismo con menos consideración que a una máquina cualquiera?»*

Vemos inmediatamente planos de un motor que está siendo ajustado por un mecánico, de una máquina de escribir, de una máquina de coser...

*«Todos se revisan constantemente y, sin embargo, al cuerpo humano no se le da el mismo trato ni se le presta atención hasta que se estropea.»*

A partir de aquí el documental muestra imágenes de médicos realizando punciones y analizando muestras, así como de pacientes sometidos a pruebas de rayos X, mientras el narrador explica brevemente las técnicas utilizadas para descubrir la tuberculosis en los centros sanitarios.

Pero la prevención, destaca el guión, es también una cuestión de actitud, de rutinas personales que deben practicarse a diario. Al mismo tiempo que se ofrecen planos de niños cuidados y alimentados en instituciones asistenciales, se indica qué vida debe llevarse para no ser presa de la enfermedad:

*«Se evita la tuberculosis alejando del contagio a los que no se pueden proteger por sí mismos; llevando una vida sana, respirando aire puro en lugar de aire viciado, saliendo al campo».*

A continuación se contraponen dos secuencias muy distintas: en una vemos escenas idílicas de parajes naturales en todo su esplendor; en la otra se nos muestra el ambiente viciado de la taberna, donde los hombres fuman, beben y juegan (Fig. 89). A renglón seguido, se nos traslada una clara asociación entre salud, estilo de vida y fervor patriótico. La voz *en off* explica que

*«Por fortuna, en las generaciones que suben se intensifica con el amor a la patria el amor a la salud y a la fortaleza física y moral».*





FIG. 89.— Este fotograma de *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942) refleja explícitamente la triada perniciosa del ambiente tabernario: alcohol, tabaco y juego. El cliente habitual es el obrero, como puede apreciarse por la vestimenta de los protagonistas.

Por su parte, la imagen refuerza este mensaje con planos de niños haciendo gimnasia y de tropas y falangistas desfilando, y también de hombres practicando deporte (Figs. 90-91). En este sentido, se recuerda que antes de practicar cualquier actividad deportiva es necesario consultar con el médico. También se advierte de los peligros de los baños de sol, que sólo deben tomarse bajo prescripción facultativa, y de los remedios milagrosos: «*Ojo con los charlatanes. No les interesa vuestra salud sino vuestro bolsillo*». No deja de ser llamativo que, de igual modo, se pida extremar la precaución con las dietas de adelgazamiento si tenemos en cuenta que el público objetivo del PNA eran los tuberculosos pobres.

La película se centra después en los hábitos de higiene personal, básicos en la prevención de la tuberculosis. Se transmite la idea de que no es necesario disponer de complejos y costosos



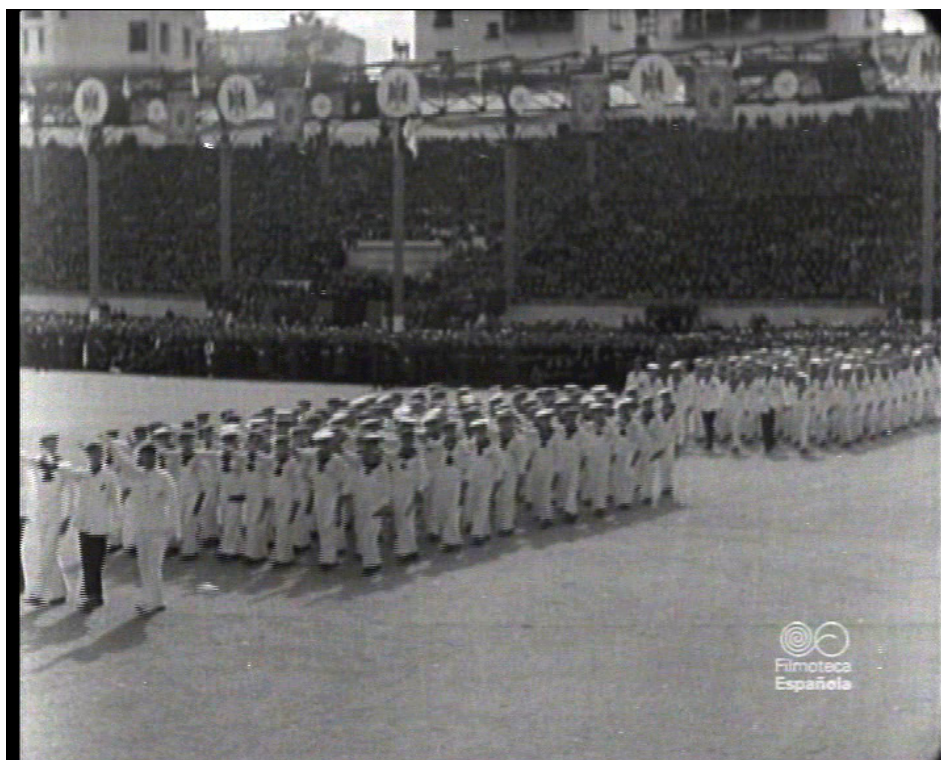


FIG. 90.— Imágenes de un desfile militar en el documental *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942).



FIG. 91.— Ejercicios gimnásticos en formación. *Fotograma de Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942).

aparatos para desinfectar la vajilla y la ropa del tuberculoso: es suficiente con hervirlos en agua. Tampoco hay que descuidar la limpieza de la boca, que es la vía de entrada de las infecciones al organismo. Mientras el narrador facilita estas indicaciones, se nos muestran planos que sugieren limpieza y orden en el hogar, y nos recuerda que «*el agua y el jabón han evitado más enfermedades que todas las vacunas*». Aquí observamos una pequeña concesión al humor, un guiño que busca la complicidad del espectador: «*En las casas limpias es limpio hasta el gato; en las sucias, sólo el gato*». Simultáneamente vemos a una mujer lavando a un niño en un balde y a un gato aseándose.

En la secuencia final del cortometraje se nos presenta a una mujer que, tumbada en la galería de cura de un sanatorio, mira con tristeza el horizonte. A continuación, el sol sale entre las nubes y vemos cómo unas flores marchitas recuperan su frescura. La mujer sonríe y la voz *en off* cierra la escena con el siguiente mensaje de esperanza y confianza en la divina providencia:

*«Ojalá que, como brisa vivificadora, nuestro justificado optimismo haya refrescado la mente angustiada con que algunos espectadores habrán leído el título de esta película, y quiera poner Dios su divina mano, allí donde la ciencia no llegue, para que tanto enfermo que al contemplar las nubes interroga melancólicamente al cielo pueda recuperar la salud como una planta mustia a la que se hace volver a la vida.»*

~ *Peste blanca* (Julio Bravo Sanfelú, 1943)

La única noticia que tenemos sobre esta producción proviene de Benítez Franco (1950: 250), aunque la cinta es erróneamente atribuida a Juan Bravo Frías, médico puericultor responsable de la Sección de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad durante la Segunda República. Por su parte, Serrano Saiz (1992: 172), que cita este documental en su tesis doctoral sobre la lucha antituberculosa durante el Franquismo, da por bueno el dato, sin reparar en algunos detalles que nos permiten afirmar que el director de *Peste blanca* no fue Bravo Frías, sino Bravo Sanfelú.

En primer lugar, hay que recordar que este último era el máximo responsable en materia de propaganda de la Sanidad franquista, y que en 1942 ya había producido otra película de tema tuberculoso, *Tuberculosis pulmonar*, de la que acabamos de tratar. Parece lógico pensar, por tanto, que la nueva producción también corriese a su cargo.

Esta teoría vendría avalada por el hecho de que Benítez Franco ya había confundido a Bravo Sanfelú con Bravo Frías en la memoria que, como secretario general del PNA, publicó en 1945. Así, al hablar de un folleto de divulgación editado por el organismo, Benítez (1945: 205s) afirmaba que su autor era el «*ilustre doctor Bravo Frías*», rector de «*los servicios de Propaganda de la Dirección General de Sanidad*».

Sobre el contenido de la película, sólo sabemos, por Benítez Franco (1950: 250), que explicaba cómo se producía y se podía evitar el contagio de la tuberculosis. No nos ha sido posible localizar información adicional ni copia alguna de esta producción.

#### ~ Los proyectos cinematográficos de Benítez Franco

En 1940, según su propio testimonio, Bartolomé Benítez Franco (1940: 151) trabajaba para sacar adelante dos proyectos cinematográficos sobre la tuberculosis de los que, sin embargo, no tenemos noticias posteriores. Desconocemos si esto se debe a que finalmente no obtuvieron el visto bueno del PNA, del que precisaban para poder realizarse, o si simplemente no se ha conservado copia alguna.

Una de estas películas tenía por objeto la protección de la infancia. La idea era iniciar la producción con la imagen de un niño con los brazos extendidos y sus manos abiertas hacia la cruz de la Lorena, para, posteriormente, representar visualmente las principales fuentes y medios de contagio, desde el momento de nacer hasta la edad escolar. Benítez también preveía tratar la crianza de los hijos de tuberculosas, la convivencia con familiares enfermos, los peligros del esputo, la higiene en alimentos, viviendas y colegios, y las prácticas higiénicas que habían de observarse. La historia finalizaba con algunos planos de preventorios y sanatorios infantiles y un desfile de las organizaciones juveniles de Falange (Benítez, 1940: 151s).

La segunda película, destinada a mostrar los beneficios de la implantación de un seguro de enfermedad para tuberculosos, se proponía mostrar la difícil situación de los obreros aquejados por la enfermedad, el esfuerzo del Estado y la labor del PNA. Para su elaboración, estaba previsto

recoger primeros planos de fábricas, talleres y de la vida familiar, «*esquivando, en lo posible, el tono patético para hacerla agradable y sencilla*» (Benítez, 1940: 152).

## MANUALES ESCOLARES

En 1942, Bartolomé Benítez Franco publicó unas lecturas de higiene elemental para escolares bajo el expresivo título ¡¡Defiéndete!! (Fig. 92). El libro se reeditó al menos una vez más, en 1947.

Se trata de una obra muy pedagógica, tanto por el tono, cercanísimo, como por el lenguaje empleado, las metáforas y otros recursos que permiten transformar las enseñanzas en relatos de fácil comprensión para los niños. Así, por ejemplo, se representa el funcionamiento del sistema nervioso:

*«Una de las veces que Leucocito pasó por el corazón tuvo gran alegría al tener noticias de Hematie. Le escribía desde un capilar del cerebro y decíale que se encontraba en las oficinas que gobiernan al Organismo, pues en la masa encefálica están instalados los despachos de donde salen las órdenes para dirigir el funcionamiento de los órganos del cuerpo humano.»* (Benítez, 1947: 80s).

El libro está profusamente ilustrado con imágenes de pequeño tamaño, a dos tintas, de J. Zubia, que representan tanto diferentes partes del cuerpo humano, órganos, sistemas, etc., como simpáticos animales, escenas de muy diverso tipo, niños..., siempre en relación con el texto.

La obra contiene un capítulo dedicado a “*El peligro de la tuberculosis*” (Benítez, 1947: 133-146) que, además de explicar en qué consiste y cómo evitarla de forma sencilla, se ocupa de dramatizar la enfermedad y subrayar que la detección precoz es la clave para superarla. Hacia el final del capítulo se dedica un apartado al PNA. En él, el autor traslada a los niños la importancia de los dispensarios, donde

*«hay médicos especialistas que tienen mucho interés por los niños, a los que tratan con mucho afecto. El reconocimiento que hacen es muy sencillo y no produce daño alguno. Te oyen el pecho con un aparatito de gomas muy largas, te miran los pulmones con los rayos X, lo que no molesta lo más mínimo, y te dicen lo que debes hacer para curarte o para evitar la enfermedad. A nadie debe dar vergüenza contraer este mal;*



*pero sí debe dársele el no curarse y no tener cuidado en contagiar a otra persona.*

*Alguna vez aconsejan los médicos pasar una temporada sin moverse mucho en la casa o en un sanatorio, donde hay otros niños, en los que se pasa muy bien. El reposo es una de las medicinas que más alivian.»*  
(Benítez, 1947: 138)

Hay otro capítulo sobre las enfermeras visitadoras del PNA, titulado “Una visita oportuna” (Benítez, 1947: 141ss). En él se narra la visita de Isabel, la enfermera del dispensario del distrito, a una casa pobre en la que el padre, obrero, ha sido diagnosticado de tuberculosis en el dispensario. No hay más recursos que el jornal del padre y lo poco que la madre gana lavando ropa.

El autor describe la casa y recrea la conversación que se desarrolla entre Isabel y la madre. Hay un claro interés por vincular pobreza y descuido en la higiene, desplazando la culpabilidad desde los factores externos —fuera del control del afectado— a los comportamientos individuales —bajo su entero control—:

*«La estancia era miserable, Dos habitaciones unidas por un hueco sin puerta, en una de las cuales había un camastro y dos jergones en el suelo, y en la otra una mesa de pino blanco y dos o tres sillas desven-  
cijadas. Todo ello muy sucio y descuidado.*

[...]

—¿Y cómo tiene usted a los chicos tan sucios?

—Ay, señorita; somos pobres y no podemos comprar jabón.



FIG. 92.— Portada de la edición de 1942 de ¡Defiéndete!!, ilustrada con una alegoría militar de la lucha antituberculosa (Molero, 2001b: 163).



*–Bien, pero el agua no cuesta nada, y con ella basta para limpiarse la cara y las manos. [...]»* (Benítez, 1947: 142)

La conversación continúa: la enfermera promete ropa para los cuatro hijos a condición de que sean más cuidadosos con su higiene, y, ante la falta de alimentos, recomienda a la madre que lleve a los niños al dispensario, para que luego les den de comer. El autor aprovecha para desmontar algún mito crítico con el sistema asistencial franquista:

*«–¿Por qué no los lleva a un comedor de “Auxilio Social”?*

*–Por no conocer a nadie y no tener influencias.*

*–¿Y quién le ha dicho eso?*

*–Me lo ha asegurado una vecina.*

*–Pues no haga caso. [...]»* (Benítez, 1947: 143).

Finalmente, Isabel enseña a la madre lo que debe hacer para evitar que su marido pueda contagiarles a ella o a sus hijos, en tanto espera su ingreso en un sanatorio: dormir en camas separadas, reservar un juego de vajilla que sólo él debe utilizar, habilitar una vasijita a modo de escupidera, etc. (Benítez, 1947: 144). A continuación, el autor introduce en el pensamiento de Isabel una breve síntesis del aparato socio-sanitario de la época, al tiempo que refuerza la ligazón entre ignorancia y miseria:

*«Cuando Isabel terminó de bajar los doscientos escalones que la separaban de la calle, revisó en el portal su libro de notas y trazó un pequeño plano de la vivienda. Tenía que ocuparse de llenar la ficha, hacer las gestiones en la Cruz Roja y en Auxilio Social, para las ropas y la comida, y después solicitar el ingreso en la Escuela del barrio. ¡Cuánta miseria y cuánta ignorancia! –pensó–; pero... qué agradable es poder hacer el bien a los que sufren. Y echó a andar calle arriba, orgullosa de ocupar un papel tan importante en la sociedad»* (Benítez, 1947: 145)

Esta historia, que como hemos visto posee una intensa carga política e ideológica, continúa en un capítulo llamado *“El poder de los rayos X”* (Benítez, 1947: 147-151), en el que se relata la visita al dispensario de la lavandera y sus hijos. Allí, los pacientes encuentran la sala de espera re-

pleta de carteles divulgativos en los que destacan mensajes como «*La Ignorancia y la Enfermedad son enemigos aliados contra tu Salud*» o «*La Tuberculosis se cura si acudes pronto al Médico*» (*Ibid.*: 147s).

En esta segunda parte del relato, el autor describe en qué consiste el trabajo de los dispensarios y qué procedimientos se utilizan para diagnosticar la tuberculosis siempre sin abandonar a los protagonistas como hilo conductor (Benítez, 1947: 150). Finalmente, la enfermera proporciona a la madre unos volantes para que los niños coman en Auxilio Social y recojan ropa en la Asamblea de la Cruz Roja, y le notifica que van a ser inscritos en la escuela y en las “*Organizaciones Juveniles*”. No hay, por lo tanto, asistencia médico-social sin el correspondiente adoctrinamiento de la infancia. El capítulo concluye con una madre abrumada por tanta generosidad: «*La pobre mujer no sabía cómo dar las gracias*» (*Ibid.*: 151).

El vigésimo y último capítulo del manual, titulado “*Triunfan los fuertes*”, se aparta de las enseñanzas puramente higiénicas y se adentra a pie firme en el terreno de la propaganda política. En él se establecen vínculos muy llamativos, incluso sorprendentes para el lector de hoy, entre salud, patriotismo, religiosidad y familia. Es, en síntesis, una suerte de catecismo sanitario del “buen español”, confeccionado para inculcar a los escolares la idea de que la salud del cuerpo no era compatible con la suciedad espiritual e ideológica. Reproducimos a continuación, por su gran interés, algunas sentencias y mandamientos de este texto:

«*En el hombre sano y feliz no prenden los sentimientos indignos. La mentira, la envidia la venganza y otras ruindades, son producto de espíritus enfermizos que sólo prosperan en terrenos mal abonados.*” (Benítez, 1947: 154)

«*Vemos, pues, que la Higiene no se limita a proteger la salud y dar potencia a los músculos; va más allá, trata de exaltar todas las buenas cualidades que puede tener un ser humano.*” (*Ibid.*: 156)

«*Las Reglas higiénicas del Amor y la Academia sagrada donde esta virtud se comprende, se explica y se perfecciona son la Doctrina y la Iglesia de Cristo. [...] Hubo un momento [...] que un pedazo de España olvidó su Religión y algunos hombres dejaron de tener fe en Cristo y en su doctrina. La barbarie, la injusticia y el crimen fueron los síntomas de aquella enfermedad moral que padeció nuestro país.*” (*Ibid.*: 157)

*«El amor a la Patria es una prolongación del amor a Dios. [...]*

*Y si amas a Dios y a tu Patria, necesariamente has de amar a tu Familia, porque la familia es obra de Dios y lazo de unión con la Patria.» (Ibid.: 158)*

*«Y si alguna vez [...] te faltan fuerzas para luchar o flaquea tu voluntad porque los microbios o los pecados pretenden hacer mella en tu cuerpo o en tu espíritu, no te desanimes y recuerda el grito de alerta de este libro: ¡¡DEFIÉNDETE!!» (Ibid.: 159)*

Como se ha encargado de explicar muy acertadamente Martínez Antonio (2012: 151), el régimen de Franco se propuso monopolizar el espacio discursivo de la medicina, de lo sano y hasta de lo normal, frente a la iniquidad y la patología físico-moral de los enemigos del régimen. Párrafos como los que figuran en el manual escolar que acabamos de analizar son sólo una pequeña muestra de todo un universo narrativo en el que el binomio salud-enfermedad trascendió las interpretaciones puramente metafóricas.

## Segunda Posguerra (1943-1958)

### MARCO NORMATIVO Y ORGANIZACIÓN DE LA LUCHA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA SEGUNDA POSGUERRA

Este periodo se inicia con la *Ley de Bases del PNA* en diciembre de 1943<sup>289</sup>, cuya promulgación no hace sino poner de manifiesto que las orientaciones expresadas en la *Ley de Bases* de 1939 no estaban surtiendo el efecto deseado. De hecho, en el preámbulo de la propia norma se reconocía que la tuberculosis continuaba representando “*la primera entre las causas de mortalidad en España*», y que el éxito de la lucha antituberculosa dependería en el futuro de la combinación de medidas de carácter social, de las que ya se preocupaba el Estado, y de una asistencia médica más eficiente, capaz de aislar a los contagiosos y fomentar el diagnóstico precoz.

La Ley de 1943 inaugura una nueva fase de la lucha antituberculosa en la que, por tanto, el PNA desea imprimir a su estructura un carácter más técnico y, al mismo tiempo, más cercano al aparato sanitario del Estado y a sus objetivos estratégicos. En efecto, el Consejo Nacional de Sanidad<sup>290</sup>, responsable de la redacción de las bases, dio voz a los especialistas en fisiología y puericultura en el PNA por primera vez. La elección de esta última disciplina no es una decisión intrascendente, pues el tándem formado por la lucha contra la mortalidad infantil y la antitubercu-

---

289 Ley de 13-XII-1943, en *Boletín Oficial del Estado*, 15-XII-1943.

290 Creado por Decreto de 11-XII-1942, en *Boletín Oficial del Estado*, 27-XII-1942. Este órgano asesor del Ministerio de la Gobernación, integrado por «relevantes personalidades» de diferentes campos de la medicina, contaba con un fisiólogo entre sus vocales, que ejercía de coordinador entre el Consejo y el PNA. Asimismo, el propio Consejo contaba con una sección dedicada a la tuberculosis.

losa acaparará gran atención por parte de la sanidad oficial y su propaganda.

Ambas se relacionan con una de las principales preocupaciones del régimen en estas fechas: la pérdida prematura de vidas y su impacto sobre la riqueza nacional. Esta asociación de ideas no es en absoluto novedosa, pero sí es la primera vez que se introduce de forma tan clara en la legislación antituberculosa, en el marco de una gran estrategia asistencial del Estado encaminada a elevar la población hasta los 40 millones de individuos en el horizonte final (Benítez, 1940: 112s).

Aunque las funciones que se asignaban al PNA eran prácticamente las mismas que en la Ley de 1939 –profiláctica, asistencial, de enseñanza e investigación, de propaganda, etc.–, en esta ocasión quedaban supeditadas a los conocimientos tisiológicos y a su posible actualización científica. Una de las principales misiones del PNA sería, además, la organización de un seguro de asistencia contra la tuberculosis, en el marco del SOE.

La reorientación técnica del PNA se dejó sentir también en su nueva configuración orgánica, conformada por una junta central, con las mismas atribuciones que la anterior asamblea general y sus correspondientes delegaciones provinciales, en las que la presencia de los profesionales de la medicina era mucho mayor. La junta quedaba configurada por el ministro de la Gobernación, en aquel momento Blas Pérez González, como presidente; el director general de Sanidad, José Alberto Palanca, en calidad de presidente delegado; el vocal de la sección de tuberculosis del Consejo Nacional de Sanidad, Manuel Morales y Romero Girón, como vicepresidente; y como secretario general de libre designación, Bartolomé Benítez Franco, director de la *Revista Española de Tuberculosis*, órgano oficial del PNA (Figs. 93-94).

En la lista de vocales el cambio se hacía aun más patente, ya que en ella figuraban un representante de la Dirección General de Previsión, Salvador Criado del Rey; el director general de Arquitectura, Pedro Muguruza; un interventor de Hacienda; Ramón García Alonso, tisiólogo designado por la Delegación Nacional de Sanidad de Falange; Julio Blanco Sánchez, como representante del Cuerpo de Sanidad Nacional; el tisiólogo Fernando Paz Espeso, representante de la Obra Sindical 18 de Julio; los tisiólogos Jesús González Martín, del PNA, y Antonio Crespo Álvarez; y un pediatra, el Dr. Gallery de la Cámara. Como vocales de libre designación ministerial, se sumaron Blas Sierra, fiscal superior de la Vivienda; la viuda de Martínez Anido, Irene Rojí; y el





FIG. 93.— *El ministro de la Gobernación, Blas Pérez González, inaugura el sanatorio Albacete (Benítez, 1950: 263).*



FIG. 94.— *Junta Central del PNA en el 10º aniversario del organismo en 1946 (Benítez Franco, 1950: 260).*

tisiólogo Jesús Laporta Girón (Benítez, 1945: 14).

Asimismo, los servicios centrales del PNA experimentaron una notable especialización de funciones, pasándose de las tres secciones contempladas en 1939 a ocho: epidemiología y estadística, enseñanza e investigación científica, inspección, personal, hacienda, previsión, construcción, y administración, contratos y suministros. La jefatura de las tres primeras secciones debía ser desempeñada por médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional o por tisiólogos del PNA.

En el capítulo económico, a las fuentes de ingresos previstas en 1939 se sumaban los conciertos con el Seguro Obligatorio de Enfermedad, los sorteos especiales de la Lotería Nacional y el cobro por servicios no gratuitos<sup>291</sup>. En 1945 se añadiría, asimismo, la *Fiesta de la Flor*, recuperada oficialmente para contribuir a sostener el PNA<sup>292</sup>; y en 1950, una prolongación considerable del periodo de vigencia anual de la sobretasa postal obligatoria a favor del PNA<sup>293</sup>.

La reforma del PNA supuso, por otro lado, la creación de la Asociación Oficial de Tisiología, con sede en Madrid, a la que pertenecerían todos los médicos adscritos oficialmente a la lucha antituberculosa. Sus principales funciones consistían en prestar asesoramiento especializado a la junta central del PNA, fomentar los estudios tisiológicos y mantener relaciones con organismos análogos del ámbito internacional<sup>294</sup>.

Finalmente, hay que destacar que la *Ley de Bases* de 1943 fue la primera en otorgar a la Iglesia católica un papel central, equiparable al de las asesorías de carácter técnico, en el PNA. La función

---

291 Los únicos enfermos con derecho a disfrutar de los servicios del PNA de forma totalmente gratuita eran los indigentes y las personas inscritas en los registros de la beneficencia municipal (*vid. supra*).

292 La *Fiesta de la Flor* dejó de celebrarse durante los años de la Segunda República. Véase Romano, J.: "El motivo profundamente cristiano de la Fiesta de la Flor", *ABC*, 17-V-1946, p. 11.

293 Por Decreto de 15-XII-1950, en *Boletín Oficial del Estado*, 31-XII-1950, se determinó que el sello antituberculoso no se limitase a diez días al año, coincidiendo con las fiestas de Navidad, sino que se extendiese todos los años desde el 1 de octubre hasta el 30 de abril. Gracias a esta medida, en 1952 el PNA ingresó 16,6 millones de pesetas por este concepto, cuando lo habitual había venido siendo poco más de un millón de pesetas cada año (Fernández-Turégano, 1953: 60). La sobretasa para las tarjetas postales era de 5 céntimos, de 10 en el caso de las cartas ordinarias, y de 25 para el correo por vía aérea (ver Decreto de 26-V-1950, en *Boletín Oficial del Estado*, 3-VI-1950).

294 La creación del primer organismo español específicamente concebido para la formación de médicos especializados e investigación en tuberculosis, la Escuela Nacional de Tisiología de la Facultad de Medicina de Madrid, tendría que esperar hasta 1948 (Aparicio, 1954: 10-11).

de esta asesoría eclesiástica era guiar moralmente a la junta central del PNA en sus actuaciones, así como prestar los servicios religiosos que se acordasen en los centros del organismo.

En 1944, la *Ley de Sanidad Nacional*<sup>295</sup> vendría a reforzar el papel del PNA como principal actor de la lucha antituberculosa y su especial estatus dentro del aparato sanitario del Estado, con arreglo a la siguiente fórmula:

*«La lucha Antituberculosa quedará encomendada en todos sus aspectos al Patronato Nacional Antituberculoso, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación, desarrollando sus atribuciones a través de la Dirección General de Sanidad y en estrecha colaboración docente con las Facultades de Medicina».*

Además de preparar el camino para una futura Escuela Nacional de Tisiología, la Ley ratificó e insistió en la necesaria colaboración entre el PNA y el SOE para el establecimiento de conciertos económicos que permitieran atender a los beneficiarios de este último en los centros del primero.

En lo sucesivo, la vida del PNA giró en torno a un objetivo central: la construcción de una red sanatorial capaz de dar tratamiento a todos los enfermos de tuberculosis. Sin embargo, el importante descenso de las tasas de mortalidad por tuberculosis que comenzó a producirse en los primeros años de la década de los 50, merced a los nuevos fármacos y a la mejora en los estándares de vida, generó un escenario en el que la lucha antituberculosa, tal y como se había concebido hasta entonces, había dejado de tener sentido.

Poco a poco, el PNA fue cambiando el rumbo para adaptarse al nuevo signo de los tiempos en el plano médico-sanitario, pero también a causa de una asfixia económica que ponía en peligro su propia existencia (Fernández-Turégano, 1955: 26). Esta progresiva transformación desembocaría en su transformación en el Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax —de ahora en adelante, PNAET—, en 1958<sup>296</sup>. La *Ley del PNAET* justificaba la reorientación de la lucha antituberculosa con los siguientes argumentos:

295 *Ley de Bases* de 25-XI-1944, en *Boletín Oficial del Estado*, 26-XI-1944.

296 *Ley* de 26-XII-1958, en *Boletín Oficial del Estado*, 29-XII-1958.



*«En aquella época [1943] los medios con que se contaba eran sumamente reducidos en relación con las necesidades a satisfacer, y ante ello hubo de fijarse el número de camas suficientes, elevado por Leyes posteriores, y establecerse una red dispensarial difundida por todo el ámbito nacional.*

*En la actualidad el Patronato Nacional Antituberculoso, que tiene en funcionamiento sesenta y nueve Sanatorios y doce más próximos a inaugurarse, ha cumplido en gran parte su misión, y, por otra, los avances clínicos y terapéuticos han repercutido en la epidemiología y mortalidad, descendiendo la tuberculosis del primero al tercer puesto de la mortalidad general, ocupando el primero y segundo las enfermedades cardíacas y el cáncer».*

Asimismo, la actividad del nuevo patronato se basaría, en primer lugar, en una reforma de la acción dispensarial, *«con el examen de grandes núcleos de población»* para poder detectar precozmente la tuberculosis. Por lo que se refiere al tratamiento sanatorial, se reconocía que el número de camas proyectadas en el pasado había perdido su vigencia, y que las antiguas aspiraciones debían verse rebajadas como consecuencia de la aplicación conjunta de cirugía y quimioterapia.

Por este motivo, el Estado se ratificó en sus compromisos de endeudamiento con el PNAET<sup>297</sup>, pero a condición de que sus servicios se pusiesen a disposición de un abanico más amplio de enfermedades, lo que a la postre supondría el aprovechamiento de unas instalaciones sobredimensionadas, con el consiguiente ahorro para la Sanidad pública (Blanco, 1960: 6). Incluso se dejó la puerta abierta a que, en un futuro, los recursos e instalaciones del organismo se cedieran definitivamente a otros cometidos sanitarios.

De igual modo, una de las nuevas funciones primordiales del PNAET sería la rehabilitación de los enfermos en todos los centros sanatoriales, y se previó la creación de centros específicamente dedicados al diagnóstico precoz. También se otorgó especial atención a la divulgación sanitaria de la población y, por primera vez, se incluyó una mención explícita a las escuelas de enseñanza primaria y *«Órganos y Centros similares»*.

Asimismo, la investigación médico-científica sería una de las prioridades del PNAET, por medio de la nueva Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax, resultado de la fusión entre la

---

297 En 1960, esos compromisos se habían traducido en un parque de 67 sanatorios, dotados con más de 20.000 camas, y 189 dispensarios y consultas de fisiología (Blanco, 1960: 7).

Escuela Nacional de Tisiología y el Instituto Central de Cardiología, y dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad.

En efecto, el ámbito de acción del PNAET se ampliaba a las patologías relacionadas con el corazón y el sistema respiratorio, con el fin de racionalizar esfuerzos e inversiones:

*«Por ello debe fundirse en un completo y vasto plan el orientado hasta hoy a la Lucha Antituberculosa y lo referente a las luchas aisladas contra las cardiopatías y el cáncer pulmonar, a fin de que con los mismos medios sean resueltos los problemas clínicos y médicos de todas las enfermedades de los órganos y sistemas incluidos en el tórax, obteniéndose una favorable repercusión económica al evitarse la duplicidad de Centros, Servicios e instalaciones».*

Por ello, entre las misiones del PNAET figuraba la coordinación con todos los organismos oficiales y privados que tuviesen algún tipo de relación con la tuberculosis y cualquier otra enfermedad que afectase a la región torácica. Asimismo, todos los bienes, recursos, derechos y secciones que pertenecían al extinto Patronato de Lucha contra las Enfermedades del Aparato Circulatorio y de Ayuda al Cardíaco fueron transferidos al PNAET.

La composición del consejo rector, el máximo órgano ejecutivo del PNAET, puso de manifiesto la pérdida de influencia de Falange en las decisiones de carácter exclusivamente médico, pues perdía la facultad de estar representada mediante tisiólogos afines. La presencia del partido se reducía al delegado nacional de Sindicatos y a un representante de la Secretaría General del Movimiento.

Por su parte, la Dirección General de Sanidad asumía la jefatura de los servicios médicos del organismo y, además, pasaba a controlar y encauzar todas sus actividades. De igual modo, se dio entrada en el consejo a nuevos actores, con la intención de implicar en la toma de decisiones a ámbitos muy diversos de la vida nacional, como la enseñanza, la ganadería y la gran empresa<sup>298</sup>.

---

298 El consejo rector se encontraba integrado por las siguientes personas: en el núcleo principal de decisión, el ministro de la Gobernación, como presidente; el director general de Sanidad, como vicepresidente y presidente-delegado; y el secretario general de Sanidad, vicepresidente segundo. En las vocalías, el representante del Movimiento y de Sindicatos que ya hemos mencionado; los directores generales de Trabajo, Previsión, Enseñanza Primaria y Ganadería; el director de la Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax; del aparato oficial de Sanidad, un inspector general, el secretario técnico de la Dirección General y un consejero nacional de Sanidad; un representante de Sanidad militar, otro de la intervención general



En este nuevo organigrama se recuperaba la figura de la comisión permanente y se conservaba una estructura territorial, mediante consejos provinciales.

## ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA ANTITUBERCULOSA DURANTE LA SEGUNDA POSGUERRA

Una de las prioridades fijada por el Consejo Nacional de Sanidad en la *Ley de Bases* del PNA de 1943 fue el despliegue de nuevos dispensarios y sanatorios, extendiendo su acción a todo el territorio nacional e incrementando el número de camas. Para ello, la Ley contemplaba la posibilidad, en aquellas localidades donde no dispusiese de locales propios, de que el PNA llegase a acuerdos puntuales con otros servicios sanitarios para sufragar el sostenimiento o la construcción de centros sanitarios, aunque fuesen «*propiedad del Estado, la Provincia, el Municipio o Mancomunidades sanitarias, Seguro de enfermedad*<sup>299</sup>, *Obra del 18 de Julio*<sup>300</sup>» y de cualquier otra entidad con idéntica finalidad.

Sin embargo, desde la puesta en marcha de los servicios del SOE, en 1944, la coexistencia con el PNA generó tensiones y disfunciones graves. Como pusieron de manifiesto diversas voces del gremio sanitario encabezadas por la del secretario general del PNA, Benítez Franco, tras la creación de las especialidades médicas del SOE se generó una duplicidad de servicios que trajo consigo un incremento innecesario del gasto sanitario, fruto de la dispersión y la ineficiencia. Además, la falta de control de los dispensarios sobre los enfermos acabó degenerando en un mayor número de casos graves de tuberculosis (Molero, 1994: 223).

---

en Gobernación, además del jefe de asesoría jurídica del ministerio; un tisiólogo, un cardiólogo, un cirujano del tórax, un pediatra-puericultor, un jefe administrativo del PNAET; dos directores de empresas industriales o comerciales de libre designación; y un secretario general, también de libre designación.

299 Aunque en estas fechas el Seguro Obligatorio de Enfermedad ya estaba legalmente constituido, no sería hasta 1944 cuando empezase a funcionar realmente (Moliner, 2005: 122).

300 La Obra Sindical 18 de Julio era la rama dedicada a la asistencia médica de la Organización Sindical Española. No está muy claro quiénes eran exactamente sus beneficiarios –falangistas, trabajadores que no podían acogerse al Seguro Obligatorio de Enfermedad...–, aunque lo más probable es que cambiaran con el tiempo (Moliner, 2005: 151s).

Aunque a finales de la década comenzaron a introducirse ajustes en el sistema para mejorar la coordinación entre PNA y SOE (Fernández-Turégano, 1953: 12; Molero, 1994: 224), el hecho de que unos servicios sanitarios dependiesen del Ministerio de la Gobernación y los otros del de Trabajo continuaba sin ser visto con buenos ojos por Benítez Franco. De hecho, sus críticas le valieron la salida de la secretaría general del PNA en 1950, en la que fue sustituido por José Fernández-Turégano, en aquel momento director de la Escuela de Instructoras Sanitarias (Molero, 1994: 224).

Cuando se aprobó la *Ley de Bases* de 1943, el PNA tenía en marcha un plan de construcción a cuatro años para sumar 15.000 nuevas camas a su red de sanatorios. El objetivo era, conforme a lo comprometido en 1940, lograr un parque de 20.000 camas, aunque los propios responsables del proyecto no perdían de vista que la escasez de materiales de construcción dificultaría que los plazos se cumpliesen<sup>301</sup>. En cualquier caso, la sección de construcción del PNA elaboró unas instrucciones de carácter general sobre edificación de sanatorios, con el fin de unificar criterios y reducir los costes de edificación y mantenimiento (MG, c.1944: 5).

Por un lado, se recomendó evitar los sanatorios excesivamente pequeños –menos de 200 plazas– o grandes –más de 400–, o los exclusivamente infantiles. En cuanto a su ubicación, se consideró lo más adecuado emplazarlos, en la medida de lo posible, en la proximidad de las grandes ciudades (MG, c.1944: 5; Benítez, 1945: 125s). Atrás quedaba el viejo modelo del sanatorio de alta montaña, más parecido a un simple hotel que a un centro sanitario.

Sin embargo, los objetivos del PNA se tornaban más y más ambiciosos. En este sentido, en torno a 1945 se estimó, en función de las cifras de mortalidad en cada provincia y de las camas disponibles en cada región sanitaria, que los objetivos marcados al iniciarse la década debían revisarse al alza. El coste del nuevo plan, que situaba en 25.000 camas el número necesario para satisfacer las necesidades reales de la población enferma, se elevaba a 400 millones de pesetas (Benítez, 1945: 36ss) (Fig. 95).

En aquellas fechas, el Estado arbitró un sistema de copago en el que sólo los indigentes y las personas inscritas en las listas de la beneficencia municipal tenían derecho a recibir tratamiento

---

301 Este problema también afectó a otros órganos del sistema asistencial franquista (Molinero, 2005: 142).

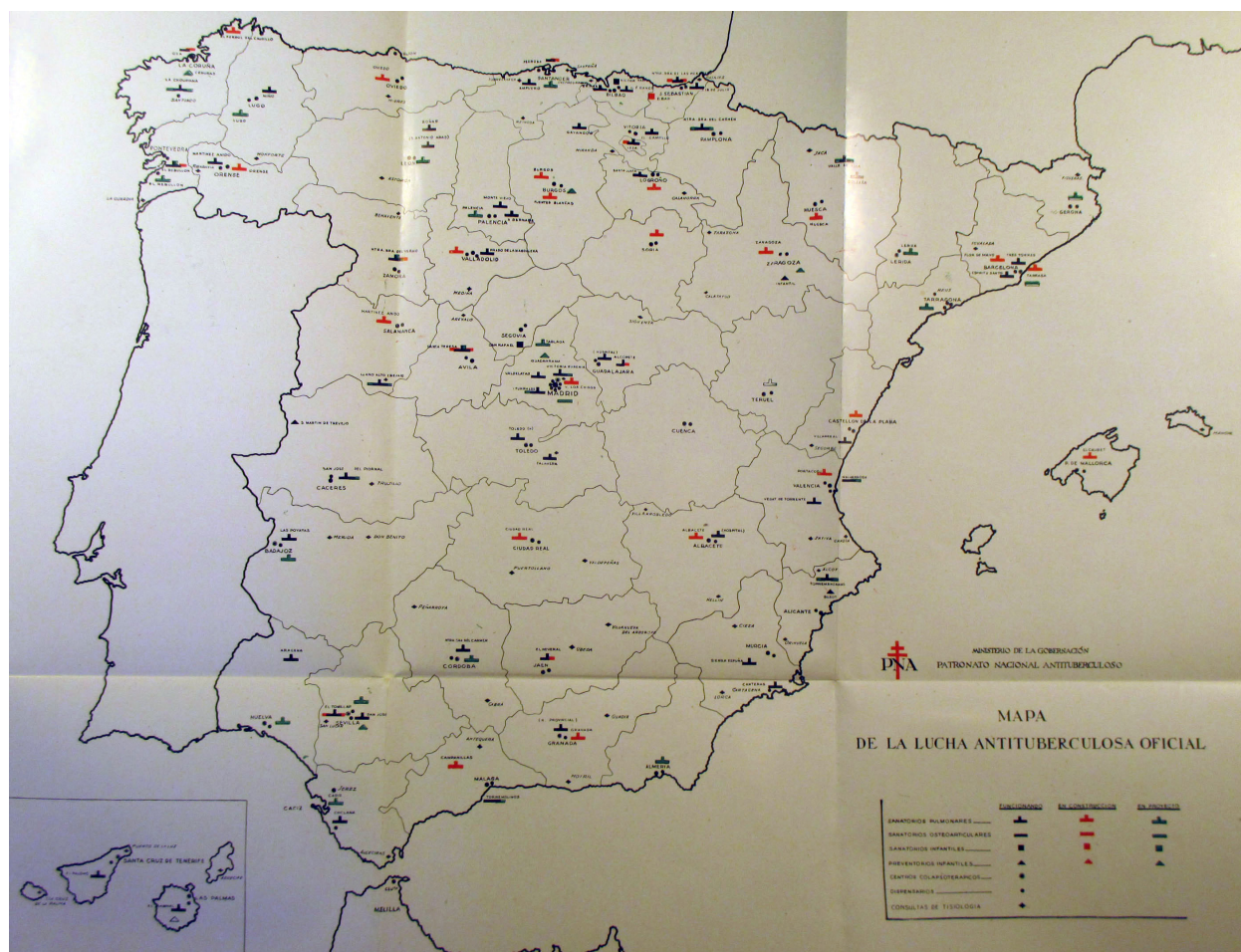


FIG. 95.— Mapa de los centros del PNA en funcionamiento (negro), en construcción (rojo) y en proyecto (verde) en 1945 (Benítez, 1945: s.p.).

de forma totalmente gratuita en los sanatorios del PNA. El resto de pacientes tenían que abonar 4, 8, 12 o 16 pesetas por día, en función de su capacidad económica. También se autorizó la celebración de contratos entre el PNA y otros organismos, entidades y sociedades, incluido el Seguro Obligatorio de Enfermedad, para poner a su disposición un determinado número de camas, conforme a los precios indicados<sup>302</sup>.

A lo largo de los años 50, el PNA mantuvo concertos con empresas públicas y privadas, bancos, Acción Católica y otras sociedades filantrópico-religiosas, ayuntamientos, Cruz Roja, la Delegación Nacional de Sindicatos, la Guardia Civil, montepíos y mutualidades, la Sección Femenina, ministerios, juzgados, órdenes religiosas, Renfe, Metro de Madrid, instituciones penitenciarias, el

302 Decreto de 14-XII-1945, en *Boletín Oficial del Estado*, 5-I-1946. Los precios se fueron actualizando con el paso de los años (Fernández-Turégano, 1953: 81).

SEU y Telefónica, entre otras muchas entidades. Aunque todos los años se producían altas y bajas, el número de conciertos en vigor anualmente fue bastante estable, situándose en el entorno de los cien. El número de camas contratadas fue algo más variable, aunque casi siempre superó largamente las 1.500 (Fernández-Turégano, 1953: 71ss; *Id.*, 1955: 73ss; Blanco, 1960: 72ss).

No obstante, este modelo sólo cubría una pequeña parte de las colosales necesidades de financiación del PNA<sup>303</sup>. A finales de 1947, el Estado aprobó un gasto extraordinario de 680 millones de pesetas para poder cumplir el nuevo objetivo de 25.000 camas sanatorias. Asimismo, se comprometieron unas aportaciones anuales ordinarias por valor mínimo de 40 millones de pesetas a lo largo de todo el periodo 1948-1957<sup>304</sup>. En 1952, cuando el PNA ya disponía de 14.000 plazas sanatorias y otras muchas en ejecución (Fernández-Turégano, 1953: 178), se fijó una nueva meta de 26.000 camas, con una inversión adicional de 425 millones de pesetas<sup>305</sup>.

En estas dos ampliaciones del objetivo inicial no sólo subyacía la voluntad de llegar a un mayor número de enfermos<sup>306</sup> y territorios, sino también, y muy especialmente, la necesidad de hacer frente al encarecimiento de los materiales de construcción y de la mano de obra. Como se había previsto a mediados de los 40, estas dificultades causaron grandes retrasos sobre los plazos de ejecución previstos.

Paralelamente, el PNA se propuso dar una nueva orientación a los dispensarios, que en aquel momento adolecían de una misión excesivamente volcada en el aspecto asistencial. El objetivo era llevar a cabo un estudio epidemiológico de toda la población, la antesala de campañas masivas de vacunación antituberculosa. La incorporación de nuevos equipos de rayos X no sólo permitiría llevar a cabo ese proceso de clasificación, sino también determinar con mayor precisión qué enfermos eran los más indicados para recibir tratamiento sanatorial<sup>307</sup> (Fernández-Turégano, 1953:

---

303 A modo de ejemplo, en 1944 las camas de pago sólo cubrieron el 1,3% del presupuesto del PNA, mientras que las aportaciones del Estado se elevaron a un 65,4% (Benítez, 1945: 218). En 1952, los servicios de pago llegaron a suponer el 4% del presupuesto, pero el Estado cubrió el 70,2% del mismo (Fernández-Turégano, 1953: 59ss).

304 Ley de 27-XII-1947, en *Boletín Oficial del Estado*, 30-XII-1947.

305 Ley de 20-XII-1952, en *Boletín Oficial del Estado*, 22-XII-1952.

306 A finales de 1952 se encontraban en la lista de espera para ingresar en diferentes centros del PNA un total de 1.400 personas (Fernández-Turégano, 1953: 115).

307 Lo que se pretendía evitar con esta medida era un fenómeno que venía produciéndose antes de que existiese el PNA en los sanatorios antituberculosos. Nos referimos al ingreso de enfermos avanzados, para los que la cura

10-11). En 1953, dependían del PNA 72 dispensarios centrales y 77 comarcales (*Id.*, 1955: 21).

Este cambio en los planteamientos de la lucha antituberculosa coincidió con el descubrimiento de nuevos fármacos contra la enfermedad, cuyo bajo coste permitió incorporarlos rápidamente al sistema sanitario, lo que supuso una reducción muy acusada en los índices de mortalidad desde comienzos de la década de los 50<sup>308</sup>. Este fenómeno tuvo dos efectos sobre la planificación de la lucha antituberculosa, tal y como se evidenció en la moción aprobada por la junta central del PNA en noviembre de 1954 (Fernández-Turégano, 1955: 24ss).

Por un lado, había que ajustar a la baja los planes de expansión de la red sanatorial, pues ya no tenía sentido continuar efectuando grandes desembolsos en unas plazas que probablemente nadie ocuparía. Sin embargo, también se dibujaba un escenario en el que el gasto público tendría que canalizarse hacia un nuevo problema, asociado a unas mayores tasas de supervivencia: el incremento de los enfermos crónicos.

*«[...] antes de inaugurar nuevos Sanatorios Antituberculosos es indispensable dotar convenientemente, sin exageración, [...] a los Sanatorios que ya se hallan en funcionamiento, estableciendo en ellos sistemas de rehabilitación y educacionales para dar solución a los problemas de incapacidad e invalideces, secuela inevitable del estado de cronicidad. Los Dispensarios Antituberculosos cumplen escasamente y con grandes dificultades económicas los fines primordiales que presidieran su implantación, cuando por ser más acuciante la habilitación de camas, para aislar a los enfermos, todo el esfuerzo se dirigió a la construcción de Sanatorios. Pero entonces, y ahora, estos Centros constituyen la auténtica vanguardia de la Lucha Antituberculosa al establecer el contacto con los enfermos».*

---

sanatorial no ofrece beneficios significativos. Su presencia en los sanatorios, basada en la conmisericordia y no en razones médicas, impedía que otros pacientes que sí podían ver notablemente mejorado su estado de salud tuviesen acceso a una plaza. En la época del PNA, criticaron este hecho, además de Fernández-Turégano, secretario general del organismo, entre otros, el director general de Sanidad, José Alberto Palanca (1952: 8), y los doctores Partearroyo, Jimeno y Blanco Rodríguez (Serrano, 1992: 152-153).

308 Véase capítulo 1.1.



En efecto, el gigantesco y costosísimo aparato técnico, profesional e inmobiliario del PNA comenzaba a perder buena parte de su sentido, al menos tal y como había sido concebido originalmente; además, el organismo se encontraba seriamente endeudado. Todo ello aconsejaba no proyectar ningún nuevo sanatorio, e incluso paralizar las obras de todos los que se encontrasen en la fase inicial e construcción. También había que «*impulsar con vigor los servicios de equipos quirúrgicos, equipos de fotorradioscopia*», realizar mayores desembolsos en fármacos, mantenimiento de instalaciones y conservación de inmuebles, y hasta revisar los conciertos con otras entidades para elevar el precio de las camas que se les cedían.

En 1954, el PNA disponía de una red de 216 centros antituberculosos, entre sanatorios convencionales, sanatorios infantiles, sanatorios marítimos, preventorios, dispensarios y consultas de fisiología (Fig. 96). Todas las provincias contaban ya con uno o más dispensarios, pero no sucedía lo mismo en el caso de los sanatorios, de los que carecían Almería, Ciudad Real, Cuenca, Gerona, Lérida, Soria y Zaragoza.

PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO	PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO
ÁLAVA	1.- El Campillo (S)	LÉRIDA	111.- Lérida (D)
	2.- Leza (S)	LUGO	112.- El Miño (S)
	3.- Vitoria (D)		113.- Lugo (D)
ALBACETE	4.- Nuestra Señora de los Llanos (S)		114.- Monforte de Lemos (CT)
	5.- Albacete (D)	MADRID	115.- Iturralde (S)
	6.- Almansa (CT)		116.- Valdelatas (S)
ALICANTE	7.- Hellín (CT)		117.- Sanatorio-Enf. Victoria Eugenia
	8.- Villarrobledo (CT)		118.- Hospital del Rey (SI)
	9.- Aguas de Busot (P)		119.- Centro de Colapsoterapia
	10.- Torremanzanas (S)		120.- Escuela Nacional de Fisiología
	11.- Alicante (D)		121.- Helios (S)
	12.- Alcoy (CT)		122.- El Escorial (S)
	13.- Orihuela (CT)		123.- Doctor Murillo (P)
	14.- Niño Jesús (P)		124.- Buenavista (D)
ALMERÍA	15.- Almería (D)		125.- Chamberí (D)
ASTURIAS	16.- Monte Naranco (S)		126.- Hospital (D)
	17.- Oviedo (D)		127.- Embajadores (D)
	18.- Gijón (D)		128.- Universidad (D)
	19.- Avilés (CT)		129.- La Elipa (D)
	20.- La Felguera (CT)		130.- Usera (D)

	21.- Mieres (CT)		131.- Vallecas (D)
ÁVILA	22.- Santa Teresa (S)		132.- Ventilla (D)
	23.- Ávila (D)		133.- SEU (D)
	24.- Arévalo (CT)		134.- El Escorial (CT)
BADAJOS	25.- Las Poyatas (S)	MÁLAGA	135.- Torremolinos (SM)
	26.- La Rosaleda (S)		136.- Campanillas (S)
	27.- Central (D)		137.- Málaga (D)
	28.- Auxiliar (D)		138.- Antequera (CT)
	29.- Almendralejo (CT)		139.- Ronda (CT)
	30.- Azuaga (CT)	MELILLA	140.- Melilla (CT)
	31.- Don Benito (CT)	MURCIA	141.- Canteras (S)
	32.- Mérida (CT)		142.- Sierra Espuña (S)
BALEARES	33.- Caubet (S)		143.- Murcia (D)
	34.- Palma de Mallorca (P)		144.- Cartagena (D)
	35.- Palma de Mallorca (D)		145.- Águilas (CT)
	36.- Mahón (CT)		146.- Cieza (CT)
BARCELONA	37.- Flor de Mayo (S)		147.- Lorca (CT)
	38.- Tarrassa (S)	NAVARRA	148.- Nuestra Señora del Carmen (S)
	39.- Barcelona (D)		149.- Pamplona (D)
	40.- Igualada (CT)	ORENSE	150.- Piñor (S)
BURGOS	41.- Fuentes Blancas (S)		151.- Orense (D)
	42.- Burgos (D)		152.- Ribadavia (CT)
	43.- Miranda de Ebro (CT)	PALENCIA	153.- Monte El Viejo (S)
CÁCERES	44.- San José (El Piñal) (S)		154.- Palencia (D)
	45.- Cáceres (D)	PALMAS, LAS	155.- El Sabiñal (S)
	46.- Trujillo (CT)		156.- Las Palmas (D)
CÁDIZ	47.- Chiclana (S)		157.- Arrecife (CT)
	48.- Cádiz (D)		158.- Puerto de la Luz (CT)
	49.- Jerez de la Frontera (D)	PONTEVEDRA	159.- El Rebullón (S)
	50.- Algeciras (CT)		160.- Pontevedra (D)
CANTABRIA	51.- Pedrosa (SM)		161.- Vigo (D)
	52.- Santa Cruz (S)		162.- La Guardia (CT)
	53.- Santander (D)		163.- Villagarcía de Arosa (CT)
	54.- Castro Urdiales (CT)	RIOJA, LA	164.- Santa Justa (S)
	55.- Reinosa (CT)		165.- Logroño (D)
	56.- Santoña (CT)		166.- Calahorra (CT)
	57.- Torrelavega (CT)	SALAMANCA	167.- Martínez Anido (Los Montalvos) (S)
CASTELLÓN	58.- Villarreal (S)		168.- Salamanca (D)
	59.- La Magdalena (S)		169.- Béjar (CT)
	60.- Castellón (D)		170.- Peñaranda de Bracamonte (CT)

	61.- Segorbe (CT)	SANTA CRUZ DE TENERIFE	171.- Ofra (S)
	62.- Vinaroz (CT)		172.- Mirca (S)
CEUTA	63.- Ceuta (CT)		173.- Santa Cruz de Tenerife (D)
CÓRDOBA	64.- Nuestra Señora del Carmen (S)		174.- Los Llanos de Aridane (CT)
	65.- Córdoba (D)		175.- Puerto de la Cruz (CT)
	66.- Cabra (CT)	SEGOVIA	176.- San Rafael (S)
	67.- Peñarroya (CT)		177.- Segovia (D)
CORUÑA, LA	68.- La Choupana (S)	SEVILLA	178.- El Tomillar (S)
	69.- Oza (SM)		179.- Dos Hermanas (P)
	70.- El Ferrol (S)		180.- Instituto Provincial de Sanidad (D)
	71.- La Coruña (D)		181.- Capuchinos (D)
	72.- El Ferrol (D)		182.- Triana (D)
	73.- Santiago de Compostela (D)		183.- Sanlúcar de Barrameda (CT)
CIUDAD REAL	74.- Ciudad Real (D)	SORIA	184.- Soria (D)
	75.- Alcázar de San Juan (CT)		185.- Ágreda (CT)
	76.- Puertollano (CT)	TARRAGONA	186.- La Sabinosa (P)
	77.- Valdepeñas (CT)		187.- Tarragona (D)
CUENCA	78.- Cuenca (D)		188.- Reus (D)
GERONA	79.- Gerona (D)	TERUEL	189.- Teruel (D)
	80.- Figueras (CT)		190.- Alcañiz (CT)
GRANADA	81.- Sanatorio-Enfermería	TOLEDO	191.- Sanatorio-Enfermería
	82.- Enfermería de Motril		192.- Toledo (D)
	83.- Granada (D)		193.- Talavera de la Reina (CT)
	84.- Guadix (CT)	VALENCIA	194.- La Malvarrosa (SM)
	85.- Motril (CT)		195.- Doctor Moliner (Porta-Coeli) (S)
GUADALAJARA	86.- Alcohete (S)		196.- Instituto Provincial de Sanidad (D)
	87.- Guadalajara (D)		197.- La Cruz (D)
	88.- Sigüenza (CT)		198.- Puerto de El Grao (D)
GUIPÚZCOA	89.- 18 de Julio (S)		199.- Gandía (CT)
	90.- Amara (San Sebastián) (S)		200.- Játiva (CT)
	91.- San Sebastián (D)	VALLADOLID	201.- Prado de la Magdalena (S)
	92.- Pasajes (CT)		202.- Viana (S)
	93.- Tolosa (CT)		203.- Valladolid (D)
HUELVA	94.- Nª Señora del Carmen (Aracena) (S)		204.- Instituto Provincial de Sanidad (D)
	95.- Huelva (D)		205.- Doctor Durán (D)
HUESCA	96.- Montearagón (S)		206.- Medina del Campo (CT)
	97.- Huesca (D)	VIZCAYA	207.- Santa Marina (S)

	98.- Barbastro (CT)		208.- Bilbao (D)
	99.- Jaca (CT)		209.- Guernica (CT)
JAÉN	100.- El Neveral (S)		210.- Ortuella (CT)
	101.- Jaén (D)	ZAMORA	211.- Nuestra Señora del Yermo (S)
	102.- Linares (CT)		212.- Zamora (D)
	103.- Úbeda (CT)		213.- Benavente (CT)
	104.- Villacarrillo (CT)	ZARAGOZA	214.- Zaragoza (D)
LEÓN	105.- El Boñar (S)		215.- Calatayud (CT)
	106.- León (D)		216.- Tarazona (CT)
	107.- Astorga (CT)		
	108.- La Bañeza (CT)		
	109.- Cistierna (CT)		
	110.- Villafranca del Bierzo (CT)		

FIG. 96.— *Relación de centros del PNA a 30 de enero de 1954. Leyenda: S, sanatorio; SI, sanatorio infantil; SM, sanatorio marítimo; P, preventivo; D, dispensario; CT, consulta de fisiología. Sobre publicación de autoría anónima (1954b: 136ss).*

## COMUNICACIÓN SOCIAL: PRENSA, PROPAGANDA, DIVULGACIÓN Y DEBATE PÚBLICO DURANTE LA SEGUNDA POSGUERRA

El nombramiento de Bartolomé Benítez Franco como secretario general del PNA, en 1943, supuso un importante refuerzo a las políticas de comunicación, divulgación y propaganda sanitarias del PNA. Aunque, como ya hemos visto anteriormente, la Sección de Propaganda de la Dirección General de Sanidad tenía enmendadas estas funciones (*vid. supra*), Benítez Franco poseía, al igual que Bravo, sólidos conocimientos en la materia que le ayudaron a poner en marcha diversas iniciativas de forma autónoma (Fig. 97).

Benítez (1940: 143) secundaba sin fisuras los postulados que habían informado la creación de la Sección de Propaganda, pues tenía la firme convicción de que la ignorancia era una de las causas más poderosas de la difusión de las enfermedades. «*Sin propaganda* –afirmaba Benítez (1940: 148s)–, *la Lucha Antituberculosa es un mal negocio para el Estado*».

Para el nuevo secretario general del PNA, la propaganda no podía limitarse a un solo colectivo social, pues era necesario generar una «conciencia popular» del problema (Benítez, 1940: 144). Era tal la importancia que Benítez (*Ibid.*: 146s) concedía a la propaganda que estaba convencido de que el fracaso de la lucha antituberculosa en España no se debía más que a un formidable fracaso de comunicación.

De este modo, Benítez se propuso emular las técnicas empleadas por los países más avanzados en lucha antituberculosa y, por lo tanto, utilizar todos los medios posibles –folletos, carteles, conferencias, radio, cine, prensa diaria...–, conforme a un ambicioso programa trazado por Benítez (1940: 143ss; *Id.*, 1945: 205) (Fig. 98).

Tras el nombramiento de José Fernández-Turégano Martínez como secretario general del PNA, que sustituyó a Benítez Franco en 1950 y continuaría en el cargo hasta 1958 (Serrano, 1992: 96 y 259), no se produjeron cambios significativos en las tareas de divulgación y propaganda, que continuaron gozando de gran atención y se materializaron en carteles, películas y diversas publicaciones. En este sentido, tenemos constancia de que en 1957 el PNA disponía de un





FIG. 97.— *Diferentes modelos de materiales de propaganda antituberculosa propuestos por B. Benítez Franco (1940: figs. 14-16).*



FIG. 98.— *Publicaciones del PNA en torno a 1945. Además del folleto ¿Qué es la tuberculosis? ¿Cómo se produce? ¿Cómo se evita?, diversos ejemplares de la Revista Española de Tuberculosis, un discurso del ministro de la Gobernación, un Informe técnico al proyecto de organización sanatorial, Estado actual de la Lucha Antituberculosa en España y una publicación ilustrada infantil (Benítez, 1945: 208).*

Servicio de Propaganda (Blanco Rodríguez, 1960: 90), aunque desconocemos cuándo se creó este departamento. Independientemente de este detalle, lo cierto es que el PNA contó de forma habitual con partidas específicamente destinadas a estas labores. Así, si en 1941 el organismo dispuso de 100.000 pesetas para propaganda (Benítez, 1945: 220), este presupuesto fue incrementándose progresivamente (Fernández-Turégano, 1953: 61 y 63) hasta doblarse en 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 72).



## CARTELES

En el ámbito de la divulgación para la prevención de la tuberculosis, en el periodo que nos ocupa se evolucionó desde planteamientos plásticos y conceptuales simplistas, que buscaban ante todo instruir a la población infantil sobre el origen de la enfermedad y cómo evitarla (Fig. 99), hasta carteles dirigidos a la población adulta mucho más elaborados, en los que se combinan la fotografía y los mensajes claros y directos.

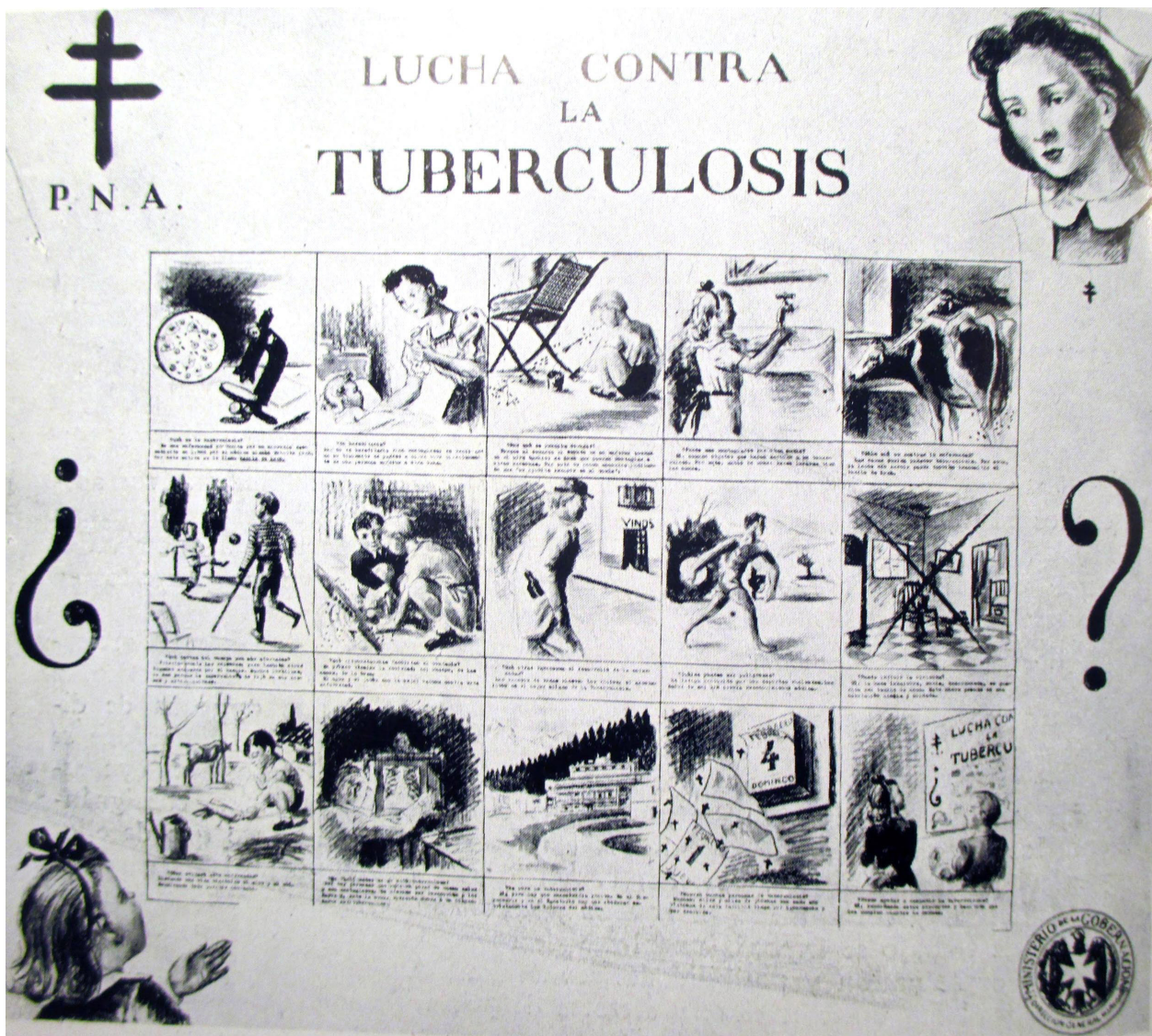


Fig. 99.— Cartel editado por el PNA en 1944, al modo de las clásicas aleluyas. Se colocó en las salas de espera de las consultas médicas, escuelas, talleres, etc. (Benítez, 1945: 206).

Esta última tendencia comenzó a manifestarse a principios de la década de los 50, momento en el que tenemos constancia de la aparición de dos carteles que ponían el acento en los chequeos médicos y en la vacunación antituberculosa. Así, en 1951 se imprimieron 5.000 ejemplares del cartel *Una revisión periódica*, basado en un concepto que ya había sido planteado por Julio Bravo Sanfelú en 1942, en el cortometraje *Tuberculosis pulmonar* (vid. supra). Este cartel, ilustrado con la fotografía de un avión que está siendo revisado por un mecánico, incluye el siguiente texto:

*«Una revisión periódica prolonga la vida y evita desgracias irreparables. ¿Por qué tratar al organismo con menos consideración que a un motor? Acostúmbrate a visitar el médico, por lo menos una vez al año, aunque te creas sano, y siempre que notes algún síntoma anormal por insignificante que te parezca.*

*(Un catarro aparentemente vulgar, una sensación de cansancio, al parecer injustificada, un adelgazamiento, pueden ser síntomas reveladores. Haz que te reconozca el especialista, o los médicos de los Dispensarios que tiene a tu servicio la Lucha Antituberculosa, si en tu familia existe algún tosedor crónico y, con mayor motivo, si te consta que hay, o ha habido, alguna persona tuberculosa.)*

*La tuberculosis es curable, pero tanto más fácilmente cuanto más pronto se la diagnostica»* (Fernández-Turégano, 1953: 136s).

Al año siguiente se realizó una nueva tirada de 5.000 ejemplares de este cartel y se imprimieron otros tantos de uno titulado *Campaña nacional de vacunación antituberculosa* (Fig. 100), con el que se animaba a todos los ciudadanos a inmunizarse contra la tuberculosis<sup>309</sup> en los dispensarios del PNA, las jefaturas provinciales de sanidad y los centros de puericultura:



FIG. 100.— Cartel sobre la Campaña nacional de vacunación antituberculosa del PNA (Fernández-Turégano, 1953: 136s).

309 Aunque las autoridades sanitarias recomendaban vivamente la vacunación por BCG, no tenía carácter obligatorio (Aparicio, 1954: 12).



«Millones de españoles se han vacunado contra la tuberculosis. ¿Por qué no se vacuna usted y hace vacunar a sus hijos? La vacunación con el B.C.G. es completamente inofensiva» (Fernández-Turégano, 1953: 136s).

Ambos carteles, que se distribuían entre las jefaturas provinciales de Sanidad, dispensarios y consultas de tisiología, centros docentes, empresas, etc. (Fernández-Turégano, 1953: 136), se reimprimieron en años posteriores (*Id.*, 1955: 174).

A lo largo del periodo que nos ocupa en este capítulo también se crearon carteles para publicitar la lotería de la Cruz Roja (Fig. 101) (Bravo, 1951; Benítez, 1945: 135) y la *Fiesta de la Flor*<sup>310</sup> (Figs. 102-108) (Benítez, 1945: 135; Fernández-Turégano, 1955: 173s; Blanco Rodríguez, 1960: 90), dos importantes fuentes de financiación para el PNA que también contribuían, por su particular vocación pública, a dar visibilidad a la lucha antituberculosa. Con carácter general, estos carteles ofrecen imágenes amables, alejadas de las alegorías belicistas con las que se pretendía identificar la lucha antituberculosa en fechas anteriores (Figs. 109-110).

#### PRENSA ESPECIALIZADA: *ENFERMEDADES DEL TÓRAX*

En 1952 apareció el primer número de la revista *Enfermedades del tórax*, el nuevo órgano oficial del PNA, que tendría cuatro entregas al año. La llegada de esta publicación se produjo dos años después de que la *Revista Española de Tuberculosis*, dirigida desde 1940 por el que en 1943 se convertiría en el secretario general del PNA, Benítez Franco, lanzase su última entrega después de una década ejerciendo el papel de vocero de la lucha antituberculosa oficial.

Aunque en 1947 había ampliado su objeto de estudio e incorporado a su nombre el subtítulo *Archivos Nacionales de Enfermedades del Tórax*, lo cierto es que la *Revista Española de Tuberculosis* fue languideciendo, cada vez menos contenido y menos apoyo publicitario, hasta su desaparición definitiva en 1950. No hay duda de que el ocaso de esta publicación y el nacimiento de *Enfermedades del tórax* tienen mucho que ver con la llegada de un nuevo secretario general al PNA, precisamente este mismo año.

---

310 “Patronato Nacional Antituberculoso”, *ABC*, 20-III-1946, p. 26.



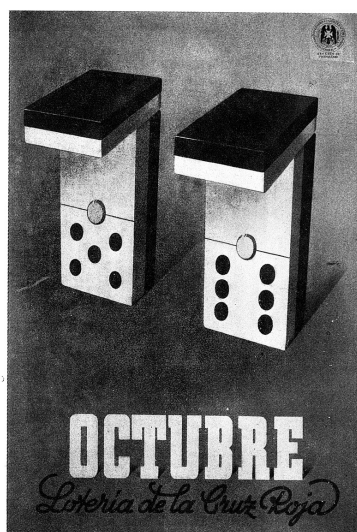


FIG. 101.— Carteles anunciadores del sorteo de la Cruz Roja (Bravo, 1951).





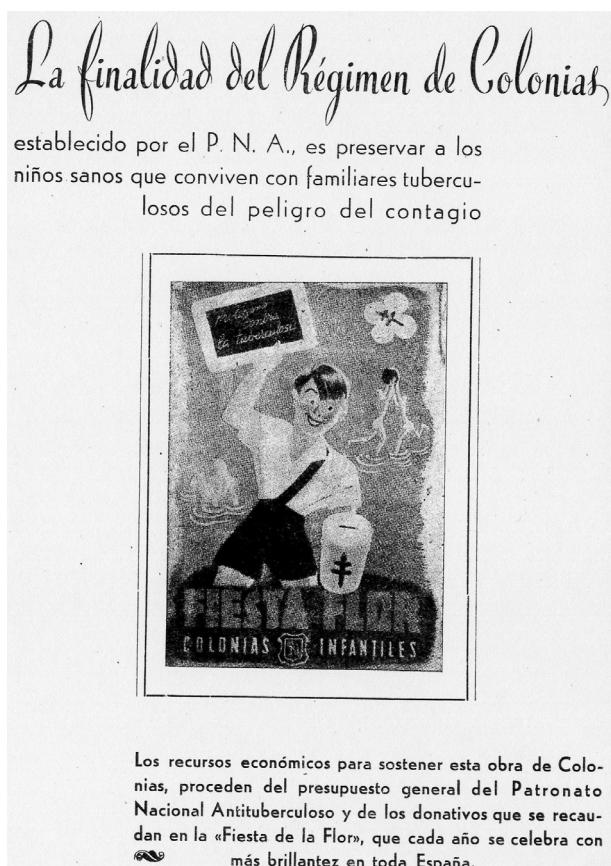


FIG. 102.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor hacia finales de los años 40 (Anónimo, c.1949: 19).



FIG. 103.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor en Tenerife, de J. Galarza Cabrera, 1958. Biblioteca Nacional de España, AHC/3045.

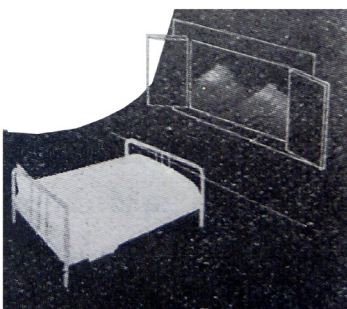
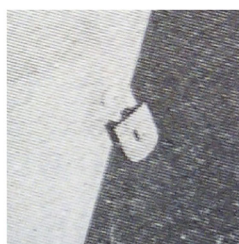
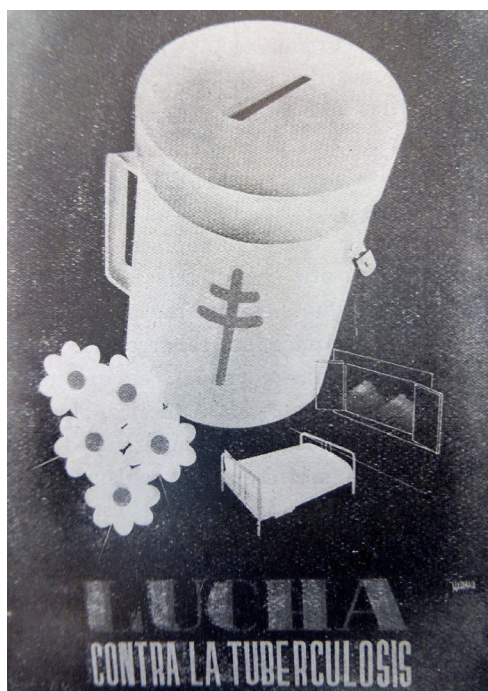


FIG. 104.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor (Benítez, 1950: 254). A la derecha, detalles de dos motivos a destacar: arriba, candado que asegura el "buen fin" de la colecta, quizás relacionado con posibles dudas populares sobre su verdadero destino; abajo, cama y ventana abierta a la montaña como icono del sanatorio antituberculoso.



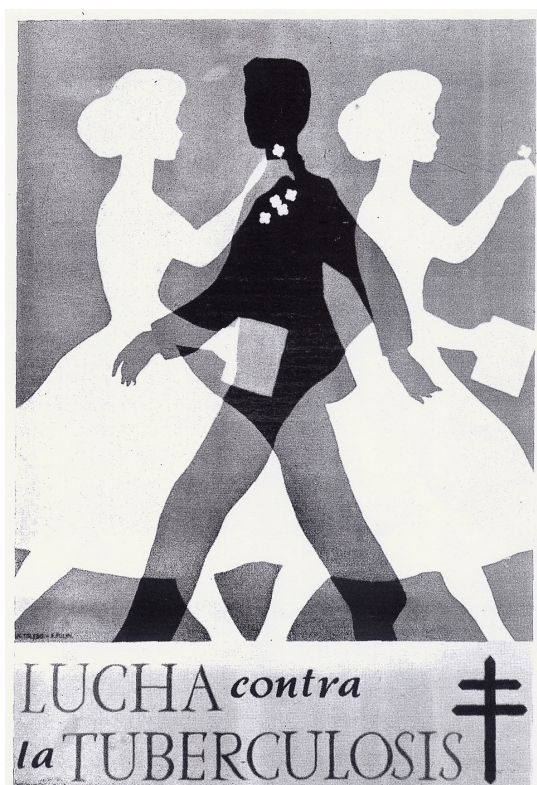


FIG. 105.— Primer premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de José María Toledo y Fernando Pulín, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).



FIG. 106.— Segundo premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Juan Poza Tártalo, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).



FIG. 107.— Tercer premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Luis González Sierra, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).



FIG. 108.— Cartel adquirido por el PNA para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Ricardo Summers 'Serny', 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).



FIG. 109.— Portada de la memoria del PNA correspondiente a 1944 (Benítez, 1945).



FIG. 110.— Sellos antituberculosos de 1941, sobretasas de 20+5 y 40+10 cts, en los que figura un guerrero luchando con un particular dragón: la tuberculosis.

Sin embargo, *Enfermedades del tórax* apenas se diferencia en su planteamiento editorial de su antecesora, y se ocupa fundamentalmente de publicar artículos científicos originales, disposiciones oficiales y algunas valoraciones sobre el rumbo que debía tomar la lucha antituberculosa. Normalmente, estas valoraciones quedaban reservadas al editorial con el que se iniciaba cada número, aunque en momentos puntuales también tenían cabida los artículos de opinión.

Éste es el caso del primer número de la revista, que acogió un artículo firmado por el director general de Sanidad y presidente delegado del PNA, José Alberto Palanca, en el que éste valoraba, desde el punto de vista económico y en términos notablemente críticos, la actividad desarrollada por el organismo:

*«Somos demasiado benévolo en el ingreso de los enfermos, atendiendo más a nuestros sentimientos humanitarios que a la ventaja terapéutica que del internamiento pueda derivarse. Somos demasiado generosos en la concesión de plazas gratuitas, como lo somos también en el tiempo de estancia [...]. Tenemos*



*demasiadas fundaciones benéficas que aspiran a hacer el bien, pero con el dinero del Estado [...]*» (Palanca, 1952: 8).

Esa generosidad se traducía indefectiblemente en las dificultades económicas que el PNA encontraba a la hora de crear nuevos sanatorios y dispensarios antituberculosos, así como para el mantenimiento de los ya existentes; sin olvidar el enorme gasto efectuado para la adquisición de antibióticos. El aumento de la esperanza de vida de los enfermos, merced a los nuevos tratamientos quimioterápicos, no hacía más que agudizar el problema. Y Palanca se preguntaba:

*«Es que debemos esperar este socorro sólo del Estado o es que habrá que pensar en otras formas de sostenimiento de la lucha antituberculosa?»* (Palanca, 1952: 7).

Ante las dificultades que se presentaban, las posibles soluciones pasaban, por un lado, por restringir el número de estancias gratuitas en los sanatorios; y, por otro, por establecer conciertos cada vez más amplios con particulares, empresas y corporaciones, incluido el SOE, para que asumiesen el elevado coste de los servicios (Palanca, 1952: 8). Estas reflexiones no suponían, sin embargo, un ataque al sistema de lucha antituberculosa en sí, sino una llamada de atención sobre una situación que ponía en serio compromiso su viabilidad. El PNA continuaba, en efecto, siendo un motivo de orgullo para el Franquismo, como el propio director general de Sanidad se ocupaba de recordar en los actos inaugurales de nuevos sanatorios:

*«Si hoy día algún general prestigioso visitase a nuestro Ministro de la Gobernación [...] solicitando una cama sanatorial para un enfermo, tengo la seguridad de que no saldría de su despacho decepcionado con una cruel negativa como en otro tiempo ocurrió [...]*.

*El pueblo [...] sabe [...] que de día en día aumentamos nuestros Dispensarios y nuestros Sanatorios. Tiene la seguridad de que sus hijos delicados recobrarán la salud en nuestros Preventorios y nuestras Colonias, y no duda que sus familiares enfermos serán asistidos en nuestros Sanatorios por excelentes profesores, médicos y cirujanos, dotados con los más modernos recursos terapéuticos»* (Anónimo, 1952b: 664).

Sin embargo, a tenor de los datos expuestos por Palanca (1952b: 6s), era indudable que el estado de las cuentas del PNA era preocupante. A estas dificultades vinieron a sumarse los efectos sobre los índices de mortalidad de los nuevos fármacos antituberculosos, que invitaban a un cambio de estrategia no sólo por motivos puramente económicos, sino también clínicos. En el editorial



del quinto número de *Enfermedades del tórax*, publicado al año siguiente se ponía claramente de manifiesto que el PNA debía adaptarse a estas circunstancias:

*«Se ha puesto de manifiesto, no sólo una disminución destacadísima de la mortalidad por tuberculosis, sino también la prolongación de la vida de estos enfermos, [...] surgiendo de este hecho el aumento de la morbilidad y, dentro de ella, el de los estados crónicos, que hace agudizar el grave problema de la invalidez por tuberculosis.*

*Desde la estreptomycinina hasta las hidrazidas, se han modificado las cosas para sentirnos optimistas [...]; pero ahora, nuestro afán, como consecuencia de la situación actual, debe estar orientado intensamente a evitar nuevos casos de tuberculosis, mediante un estudio de toda la población, [...] tenemos, por tanto, que preocuparnos de organizar parte de nuestros Sanatorios a estos inválidos, creando sistemas de reeducación»* (Anónimo, 1953a: 2).

El ambicioso programa de construcción del PNA, que se encontraba en pleno desarrollo, se había dado de bruces con un nuevo escenario que poco tenía que ver con el contexto en el que se había gestado. En efecto, *Enfermedades del tórax* nos muestra cómo la prioridad del organismo se desplazó desde la construcción de nuevos sanatorios a la adaptación de los que ya existían para que pudiesen desempeñar funciones de rehabilitación de los enfermos crónicos. En cuanto a los dispensarios, se propuso hacer un uso más intensivo y sistemático de sus instalaciones, abriéndolas a otras especialidades médicas (Anónimo, 1954b).

Así, se puso el acento en la reeducación funcional de los enfermos, el estudio epidemiológico y el catastro radiológico de la población, y la intensificación y control de las vacunaciones con BCG (Anónimo, 1953b: 430). La detección precoz de la tuberculosis no sólo facilitaría el trabajo de los médicos y reduciría al máximo las repercusiones de la enfermedad sobre los pacientes (Anónimo, 1954a; *Id.*, 1954b); también permitiría reducir los costes asociados al tratamiento de los enfermos crónicos, que se convirtió en una de las principales preocupaciones económicas del organismo (Fernández-Turégano, 1955: 26s).

Los editoriales de *Enfermedades del tórax* en el periodo que nos ocupa nos muestran, en definitiva, cómo los viejos planteamientos de la lucha antituberculosa, en los que el sanatorio había

sido el centro de todas las atenciones y uno de sus principales símbolos<sup>311</sup>, fueron transformándose y transitando paulatinamente hacia la refundación del PNA, en 1958<sup>312</sup>.

## CINE

### ~ El NO-DO y la tuberculosis

El NO-DO se creó en 1942 para la producción de documentales cinematográficos de obligada exhibición (Sánchez-Biosca y Rodríguez Tranche, 1993: 13). Aunque en sus inicios dependía de la Vicesecretaría de Educación Popular, controlada por Falange, como parte del Servicio de Prensa y Propaganda, en 1945 pasó a depender del Ministerio de Educación, junto con todo dicho Servicio (Rodríguez Martínez, 1999: 2).

Aunque la aparición de NO-DO fue fruto de una calculada operación política (Rodríguez Tranche, 2006: 179) y de un momento histórico en el que el régimen franquista necesitaba más que nunca de la cohesión interna frente a la hostilidad exterior, el noticiario no siguió los cánones de la propaganda agresiva y movilizadora. Al igual que Rodríguez Martínez (1999: 119), y a la vista de los extractos de NO-DO que analizaremos a continuación, creemos que la vocación de NO-DO fue más bien la educación popular, aunque lógicamente dentro del sistema ideológico y de valores del Franquismo. En este sentido, coincidimos con Rodríguez Tranche y Sánchez-Biosca (2006: X) en que el discurso de NO-DO ejerce una función más socializadora que propagandística.

En cualquier caso, debemos subrayar el hecho de que en la amplia trayectoria de NO-DO las referencias a la lucha antituberculosa son escasas: sólo once entre 1942 y 1958, es decir, en el periodo que es objeto de nuestro estudio. No se trata, sin embargo, de una anomalía, pues como ha constatado Saturnino Rodríguez (1999: 161), todo lo relacionado con la sanidad era excepción en las imágenes del noticiario, mientras que los acontecimientos deportivos y taurinos –o las noveda-

311 Un rápido repaso a la prensa diaria de los años 40 nos revela que los sanatorios fueron, con diferencia, el elemento de la lucha antituberculosa que mayor atención concitó. Sólo en 1944, de las 32 piezas cuya publicación en la prensa nacional y local fue inducida directamente por el PNA, 21 estaban relacionadas con sanatorios o preventorios (Benítez, 1945: 206ss).

312 Véase el epígrafe dedicado al marco normativo y organizativo de la lucha antituberculosa en el presente capítulo.

des de la más absoluta intrascendencia, añadimos nosotros— adquirirían una gran relevancia.

- Inauguraciones y visitas de altas autoridades del Estado

La inauguración de centros sanitarios para el tratamiento de la tuberculosis, especialmente de sanatorios, fue una de las escasas imágenes de la lucha antituberculosa que atrajeron la atención de NO-DO.

En este apartado se incluyen la visita del ministro de la Gobernación, Blas Pérez, al preventivo de La Sabinosa, en Tarragona, y la inauguración del Instituto Provincial de Higiene, en cuyo interior se ubicaba un dispensario antituberculoso (NO-DO, 264A, 26-I-1948); la inauguración del sanatorio de El Piñor, en Orense, por Franco (NO-DO, 352A, 3-X-1949) (Fig. 111); y la visita de Franco al sanatorio antituberculoso de Huesca (NO-DO, 548B, 6-VII-1953). En estas últimas imágenes, mientras la voz en *off* nos habla de la capacidad del centro y de la inversión realizada,



FIG. 111.— F. Franco en la inauguración del sanatorio de El Piñor (Orense). Foto: Benítez (1950, 264).

vemos cómo el jefe del Estado visita las galerías de cura, pobladas de pacientes y personal sanitario que le aclaman con fervor.

- *Fiesta de la Flor*

Otro de los temas más del agrado de NO-DO fue la *Fiesta de la Flor*. La primera referencia es de 1946 (NO-DO, 177B, 27-V-1946), el año en que la cuestación volvía a organizarse oficialmente en Madrid después de 16 años<sup>313</sup> para financiar el programa de colonias escolares del PNA<sup>314</sup>. Aunque el audio se ha perdido, podemos deducir de los planos empleados –dispensario de Universidad, cuestación en las calles de la capital, niños en el preventorio de La Sabinosa– que la pieza del noticiario pondera el papel del PNA y explica la finalidad de la *Fiesta de la Flor*.

Tenemos que esperar hasta 1952 (NO-DO, 490A, 26-V-1952) para encontrar la segunda referencia a este acontecimiento; en esta ocasión, la verdadera protagonista de la noticia es Carmen Franco Polo. El noticiario nos muestra cómo todas las clases sociales se afanaban en colaborar, y la revista *Enfermedades del tórax*, que en aquella ocasión supo abandonar su habitual tono técnico, nos ayuda a describir la escena con una retórica muy similar a la de NO-DO:

«La prensa y la radio se esforzaron por llevar a todos los rincones el conocimiento y la necesidad de la ayuda. Los organismos todos, el comercio e industria vinculados a la capital, las distintas ramas profesionales como la cinematografía y el teatro, por ejemplo, en las calles céntricas de la urbe, así como en los barrios típicos y suburbiales, el adinerado y el humilde, todos sin excepción han contribuido a alcanzar la suma final lograda [...].

*Y el Patronato [...] estaba honrosísimamente representado por la excelentísima señora Marquesa de Villaverde, [...] que con la gran simpatía que la caracteriza, fue el alma de la Fiesta, organizando y cambiando impresiones con las Presidentas de Mesa; en una palabra, trabajando por los tuberculosos. Y, finalmente, figurando con su españolísima presencia en su Mesa de la calle de Alcalá»* (Anónimo, 1952a: 222).

---

313 Aunque también parece que se celebró en 1944 y 1945 (Aparicio, 1954: 21s), fue en 1946 cuando los medios de comunicación le dieron la consideración de oficial. La cuestación se extendió posteriormente a Barcelona, Valencia, Bilbao, Córdoba, Zaragoza, Alicante, Cáceres, Salamanca y Logroño, entre otras ciudades (*Ibid.*: 22).

314 Romano, J.: “El motivo profundamente cristiano de la Fiesta de la Flor”, *ABC*, 17-V-1946, p. 11.

NO-DO recogió nuevamente imágenes de la *Fiesta de la Flor* el 31 de mayo de 1954 (595B). En esta ocasión, el narrador menciona explícitamente la presencia de las artistas del cine y del teatro, y de las mujeres de todos los ministros, que presiden las distintas mesas. Nuevamente encontramos alusiones a la cooperación de toda la sociedad: «*Gentes de todas clases sociales se acercan a depositar su óbolo*». Se nos informa, asimismo, de que la recaudación alcanzó una cifra récord, más de 10 millones de pesetas, y del generoso gesto de un industrial guipuzcoano que donó un dispensario antituberculoso móvil, dotado con rayos X y equipo de electrocardiogramas (Aparicio, 1954: 17).

La última referencia del noticiario a la *Fiesta de la Flor* data de 1956 (699A, 28-V-1956). Para el noticiario, lo más destacado de la cuestación en Madrid había sido la colaboración de algunas modelos de las casas de alta costura y de conocidas artistas.

- Waksman y la estreptomicina

El 1 de mayo de 1950, NO-DO (382A) se hizo eco del nombramiento de Selman A. Waksman, creador de la estreptomicina<sup>315</sup>, como doctor *honoris causa* por la Universidad Central (Fig. 112). Pocos días después (383B, 8-V-1950), recogió su viaje a Sevilla, como parte del homenaje que se le brindó.

La información más relevante sobre Waksman llegó en 1954 (NO-DO, 613B, 4-X-1954), cuando el microbiólogo asistió a la inauguración de la primera fábrica española de estreptomicina, ubicada en Aranjuez. Según el narrador, se esperaba que esta planta abasteciese a todo el mercado nacional, lo que supondría un importante ahorro para el erario público al no tener que recurrir a las importaciones. Además, aunque se utilizaría tecnología estadounidense, tanto la materia prima como la dirección técnica serían enteramente españolas, lo que, según la voz en *off*, constituía «una prueba de los progresos de nuestra industria químico-farmacéutica».

---

315 Véase capítulo 1.1.2.



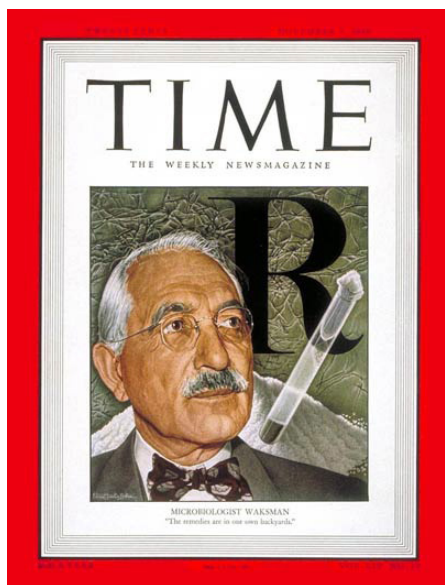


FIG. 112.— S.A. Waksman, portada de Time (1949) por su descubrimiento de la estreptomicina, fue homenajeado por el Gobierno franquista.

- Médicos

Tenemos que esperar hasta 1958 para que NO-DO (803B, 26-V-1958) nos muestre alguna información relacionada con el cuerpo médico de la lucha antituberculosa. En aquella ocasión, el noticiario recogió algunas imágenes de la Escuela Nacional de Tisiología<sup>316</sup> (Fig. 113) y de su director, el Dr. Antonio Crespo Álvarez, al que se le hizo entrega de un corazón y pulmón artificial.

~ *Curacion de la tuberculosis por medio del Ministerio de Trabajo de España* (Anónimo, ¿c.1952?)

Aunque por su propio título sabemos que se trata de una producción del Ministerio de Trabajo, este cortometraje nos ofrece algunas interrogantes sobre el momento exacto en que se rodó y el idioma en que está locutado, el portugués. La ficha catalográfica de la Filmoteca Española, donde se conserva una copia, no consigue resolver estas incógnitas, y el propio filme tampoco incluye

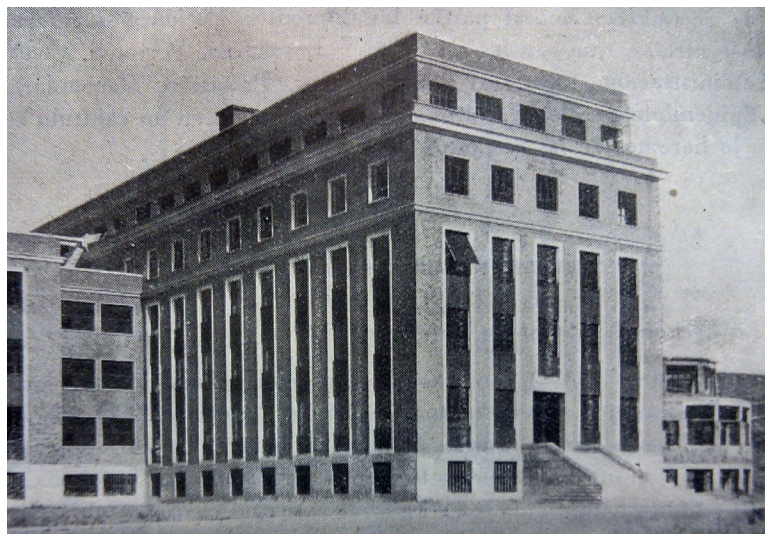


FIG. 113.— Escuela Sanidad y Tisiología de Madrid, en la Ciudad Universitaria de Madrid (Benítez Franco, 1950: 242).

316 Creada en 1948 dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, la Escuela Nacional de Tisiología desempeñaba funciones docentes, clínicas y de investigación (Aparicio, 1954: 10).

ningún tipo de cabecera ni inserto orientativo. Intentaremos, por tanto, contestar a las preguntas planteadas con la ayuda de la información que nos ofrecen las imágenes y la narración que las acompaña.

El hilo conductor del documental es el paso de un enfermo por el sanatorio de la Fuenfría, un sanatorio privado ubicado en la vertiente madrileña de la sierra de Guadarrama fundado en 1921 (Ruiloba, 2014: 20). El narrador explica que a centros como éste acuden los obreros adscritos a los montepíos de trabajadores a los que se les detecta alguna lesión tuberculosa, y que el Ministerio de Trabajo no sólo se preocupa por los pacientes, sino también por sus familias. Por eso, los niños son vacunados contra la tuberculosis. En este punto del cortometraje observamos a varios niños que están siendo vacunados, junto a un cartel que contiene los siguientes mensajes:

*«Campana nacional de vacunación antituberculosa. En todo el mundo se está vacunando a millones de seres contra la tuberculosis [sic]. Haced vacunar a vuestros hijos. La vacunación con el B.C.G. es completamente inofensiva.»*

Estas indicaciones presentan grandes similitudes con las que aparecen en un cartel editado por el PNA en 1952 que hemos tratado en el presente epígrafe, por lo que nos inclinamos a situar el rodaje de este documental en torno a ese año.

Acto seguido, la narración y las imágenes nos conducen a la capilla del sanatorio, donde *«el enfermo, reconfortado en su espíritu, se entrega por completo a la curación»*. La fe en lo sobrenatural se ve reforzada en el plano médico con las más modernas instalaciones de diagnóstico y los tratamientos colapsoterápicos, que el documental nos muestra con profusión, al igual que las excelencias de la cura higiénico-dietética. Además, el ambiente en el sanatorio es tranquilo y sosegado, conforme a las necesidades de los pacientes, como nos explica la voz en *off*. En el exterior, los enfermos se solazan en la arboleda.

Finalmente, el enfermo es dado de alta, pero la narración nos indica que los desvelos del Ministerio de Trabajo van más allá de la estancia en el sanatorio:

*«Los cuidados del ministerio no terminan cuando el enfermo sale del sanatorio. Existe una obra de reeducación y recolocación para no volver al ambiente insalubre que ha podido provocar la enfermedad».*

Estas afirmaciones se acompañan de planos de una fábrica; de trabajadores que disfrutan que juegan a los bolos, beben sidra y cantan; de niños que juegan en el exterior de una institución:

«El Ministerio no sólo dispone de los más modernos medios médicos; también generoso apoyo material para su guerra contra la peste blanca».

La breve historia, termina, como no podía ser de otra manera, con un final feliz. La información es escasa y no entra en grandes detalles y, como ya hemos indicado al principio, la locución es portuguesa. Esto nos hace pensar que el documental pudo producirse específicamente para algún tipo de congreso o encuentro celebrado en Portugal, en el que el Estado español desease presentar una imagen idílica de sus sistemas de previsión social ante las autoridades de la dictadura “hermana”.

En este sentido, conviene realizar algunas puntualizaciones sobre los servicios sanitarios que se prestaban con cargo al Seguro Obligatorio de Enfermedad, el SOE, en el que se encuadrarían los servicios que nos muestra el cortometraje que nos ocupa, para que podamos apreciar en toda su dimensión su vertiente propagandística.

Sabemos que los inicios del SOE, a mediados de los 40, fueron difíciles por distintos motivos. Por un lado, el servicio no contaba con hospitales propios ni grandes recursos, por lo que se vio obligado a utilizar vetustas instalaciones y equipamientos de terceros mediante conciertos, y, por ende, sus resultados no fueron mucho mejores que los de la beneficencia (Pieltáin, 2003: 3).

Además, el SOE contó con la oposición de una buena parte del gremio médico, que se resistía a integrarse en el mismo por razones económicas, de prestigio y de falta de libertad profesional. A esto hay que añadir una gran diversidad de instrumentos de gestión –Caja Nacional, servicios sindicales, montepíos, entidades colaboradoras y cajas de empresa– y coberturas médicas muy limitadas (Benítez, 1953: 9ss). Todo ello derivó en un alto grado de ineficacia, aparejado a la falta de interés de sus propios beneficiarios. En efecto, el sistema representó un avance considerable para amplios sectores de trabajadores, pero no para buena parte de los asalariados de las zonas más industrializadas de España, que ya disfrutaban en algunos casos, desde hacía muchos años, de seguros privados con mayores prestaciones y más baratos (Molinero, 2005: 123s).

En lo referente a la tuberculosis, el SOE también recibió repetidas críticas por su falta de coordinación con el PNA, lo que a la postre supuso un retroceso en la lucha antituberculosa como obra sanitaria colectiva y efectos perniciosos para los propios enfermos, al aplicarse criterios diferentes –menos generosos en el caso del SOE– para el tratamiento de la enfermedad (Molero, 1994: 222ss).

~ *En estos años de paz* (Alberto Reig, 1949)

Este cortometraje de 39 minutos, coproducido por NO-DO y el Ministerio de la Gobernación, se estrenó en 1949 y tuvo un coste de más de 98.000 pesetas (Serrano, 1992: 172). La música es del reputado compositor Jacinto Guerrero, que en 1946 ya había compuesto un pasodoble titulado *Fiesta de la Flor*, dedicado a la cuestación<sup>317</sup>.

La película se inicia con un mapa de España poblado de sanatorios, un elemento que, junto a las gráficas, fue profusamente empleado en la propaganda sobre la lucha antituberculosa en estos años. Como ya hemos explicado en referencia a los carteles editados por la sanidad republicana durante la Guerra Civil, la utilización de este tipo de recursos apela a los ‘fríos’ datos, supuestamente inapelables, como principal garantía para la credibilidad de las consignas presentadas.

La cinta se inicia con un breve diálogo que nos sitúa en la Dictadura de Primo de Rivera. En la Real Casa de Correos, sede del Ministerio de la Gobernación, asistimos a una conversación entre dos hombres cuyo rostro queda oculto entre las sombras. Merece la pena reproducir un extracto:

“[Voz en off:] *En el año 1928, un general del Ejército se dirigió a la más alta instancia sanitaria de la nación para pedir el ingreso de un tísico pobre en un sanatorio del Estado.*

*–Sí, me hago cargo, pero son miles las personas en esa situación. Harían falta 28.000 camas y apenas tenemos 2.000.*

---

317 Romano, J.: “El motivo profundamente cristiano de la Fiesta de la Flor”, *ABC*, 17-V-1946, p. 11. El código de la obra en el registro de la Sociedad General de Autores de España es 526.047.

*–Lamento mi insistencia, pero este hombre tiene 2 hijos pequeños que se contagiarán si no se le aísla.*

*–Métalo en un hospital, no puedo decirle otra cosa.*

*–Hay más de 20.000 solicitudes pendientes.*

*–Pues se morirán esperando.*

*–Así es, tristemente. Nos faltan los medios.*

*–Más triste es que usted me lo diga. Todos los españoles daríamos una pequeña parte de nuestros ingresos por evitarlo. Si algún día está en mi mano cambiar esta situación, lo haré.»*

Seguidamente, el narrador explica que el destino volvió a unir a estos dos hombres durante la Guerra Civil, aunque sigue sin identificarlos. En un nuevo diálogo entre ambos, el general encomienda a su interlocutor la construcción de las 28.000 camas de las que habían hablado en 1928, pues *«la tuberculosis mata más gente que la guerra»*. Al día siguiente, asegura la voz en *off*, el BOE publicó la creación del PNA.

¿Quién son estos dos personajes? El máximo responsable de la sanidad en 1928 era, como ministro de la Gobernación, Severiano Martínez Anido (Urquijo, 2004), que en 1936 fue nombrado primer presidente del PNA. Y nos atrevemos a señalar al propio Franco como el general que se propuso construir todos los sanatorios antituberculosos que el inmenso contingente de enfermos existente exigía. Esta forma de sugerir al espectador la idea de que el Caudillo barruntaba atajar el problema de la tuberculosis mucho antes de la Guerra Civil no hace sino convertir la creación del PNA en otro episodio mítico de su hagiografía y de la mitología del régimen.

Tras esta revelación, el documental se sitúa en el presente, es decir, en 1949, y nos invita a visitar la sede central del PNA, en la plaza de España de Madrid, donde se desarrolla una actividad exageradamente febril –es evidente que todos los intérpretes sobreactúan– en sus distintas secciones (Fig. 114). A continuación, un gráfico de barras se encarga de mostrarnos el espectacular incremento experimentado por los presupuestos del PNA. De 37 millones de pesetas en 1940, se había pasado en 1948 a 152 millones (Fig. 115).





FIG. 114.— Diseño de sanatorios en la sección de arquitectura del PNA. Fotograma de *En estos años de paz* (Reig, 1949).



FIG. 115.— Presupuestos del PNA entre 1940 y 1948. Fotograma de *En estos años de paz* (Reig, 1949).

Sin embargo, la voz en *off* nos recuerda que los presupuestos del Estado no son la única fuente de ingresos del PNA, y comienza a enumerarlas. En primer lugar, las sobretasas postales, «*sellos de propaganda*» y «*de finura de dibujo exquisito*» muy estimados por los filatélicos, de los que vemos algunos planos de detalle. Otra fuente de financiación es la lotería de la Cruz Roja: «*Se cuida todo lo relacionado con su propaganda* –asegura el narrador, al tiempo que se nos muestra el cartel anunciador del sorteo en 1947–, *convocando a los mejores cartelistas*». Por último, el PNA se nutre de la *Fiesta de la Flor*, de la que también se nos muestra un cartel (Fig. 116), e imágenes de la cuestación en Madrid: «*Los ciudadanos, pobres y ricos, contribuyen al fomento de la benéfica campaña*» (Fig. 117).

A continuación, sobre un mapa de España, se nos muestran los lugares donde se encontraban emplazados los 33 dispensarios antituberculosos que existían en 1936, y cómo en 1948 ya eran 120, «*la mayoría contruidos o inaugurados en el último decenio*» (Fig. 118).

El documental menciona después la Escuela de Tisiología, donde se dispone de «*los más modernos aparatos*» y se forman las futuras enfermeras visitadoras o instructoras sanitarias, cuya



FIG. 116.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor hacia finales de los años 40. Fotograma de *En estos años de paz* (Reig, 1949).





FIG. 117.— *Señoritas postulantes en la Fiesta de la Flor. Fotograma de En estos años de paz (Reig, 1949).*

labor en las barriadas más pobres se nos muestra en los siguientes planos.

Una vez más, la acción se detiene para mostrarnos algunas gráficas sobre las tasas de mortalidad por tuberculosis, tanto globales como por provincias, y un mapa sobre el que se sitúan todos los sanatorios y preventorios del PNA. Nuevamente, se compara la situación existente en 1936 con la de finales de los 40 para evidenciar que el incremento de centros y camas ha sido exponencial. La fuerza de estos datos se ilustra con diversas secuencias tomadas en numerosos centros antituberculosos de todo el país, con las que concluye el documental.

~ *Vidas salvadas* (NO-DO, 1949)

Este documental de diez minutos es la entrega número 226 de la revista cinematográfica semanal *Imágenes*, elaborada por el equipo de NO-DO desde enero de 1945 hasta agosto de 1968 (Rodríguez Tranche y Sánchez-Biosca, 2006: 607). *Imágenes* trataba asuntos diversos, armoniza-



FIG. 118.— Dispensarios antituberculosos en España en 1936 y 1948. Composición de fotogramas de En estos años de paz (Reig, 1949).

dos con una unidad temática (Rodríguez Martínez, 1999: 94).

*Vidas salvadas* se centra en las colonias escolares, aprovechando el material rodado por NO-DO para la realización de *En estos años de paz*. Tras una breve introducción sobre las fuentes de financiación de la lucha antituberculosa, con planos de la *Fiesta de la Flor* y de sellos antituberculosos, se nos muestra un mapa de España –nuevamente el recurso al dato que no admite discusión– en el que se localizan todas las colonias infantiles del PNA, de las que se benefician, según el narrador, más de 8.000 niños al año.

A continuación, asistimos a todo el proceso previo a la expedición –reconocimiento médico y vacunación– y a una escena emotiva, en la que los niños se separan de sus madres para viajar a su punto de destino. La voz en *off* explica que todos los meses salían varios grupos para las distintas provincias, y que el programa había dado comienzo en 1945<sup>318</sup> (Fig. 119).

En este punto debemos detenernos siquiera brevemente en el programa de colonias escolares del PNA, pues se convirtieron en una de las facetas de la lucha antituberculosa más celebradas por la propaganda franquista (Fig. 120). El programa, destinado a niños de 7 a 12 años, se inició en La Sabinosa, unos antiguos cuarteles ubicados en la provincia de Tarragona. Más tarde se incorporaron el preventorio de Guadarrama y los antiguos lazaretos de San Simón, en Vigo, y Mahón, además de otras residencias en Santoña, Elizondo, Almería, La Malvarrosa, Aguas de Busot y Oza. Durante las estancias, que se prolongaban de 3 a 4 meses, se combinaban ejercicio, oración y catequesis, instrucción, controles médicos y actividades lúdicas, y aunque el principal objetivo era fortalecer físicamente a los niños, no podemos pasar por alto la función adoctrinadora de las colonias. En este sentido, estos espacios estuvieron sometidos a una estrecha supervisión ideológica del Frente de Juventudes y la Sección Femenina (PNA, 1947; Anónimo, c.1949: 12ss.; Aparicio, 1954: 19s.).

Entre 1945 y 1947, la colonia escolar de La Sabinosa acogió a 3.000 niños; la de Guadarrama,

---

318 Las colonias escolares se organizaron por primera vez en 1887 de la mano del Museo Pedagógico o Museo de Instrucción Primaria de Madrid, como herramienta higiénica especialmente indicada para evitar el contagio de la tuberculosis entre los niños más pobres (Malo, 1912d: 233).





FIG. 119.— Salida de un grupo de niños de Madrid hacia las colonias escolares del PNA. Fotograma de *Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).

a 2.300 niñas; las de Vigo y Oza, a 300 niñas; la de Almería, 1.500 niños; y las situadas en Elizondo, Santoña y demás localidades citadas, 300 niñas. En total, acudieron a las colonias del PNA 7.400 niños y niñas (PNA, 1947: 6), mientras que durante el periodo comprendido entre 1951 y 1952, ya lo hacían algo más de 10.000, entre los propuestos por los dispensarios, por el Ministerio de la Gobernación y por la presidencia del PNA (Fernández-Turégano, 1953: 128-129).

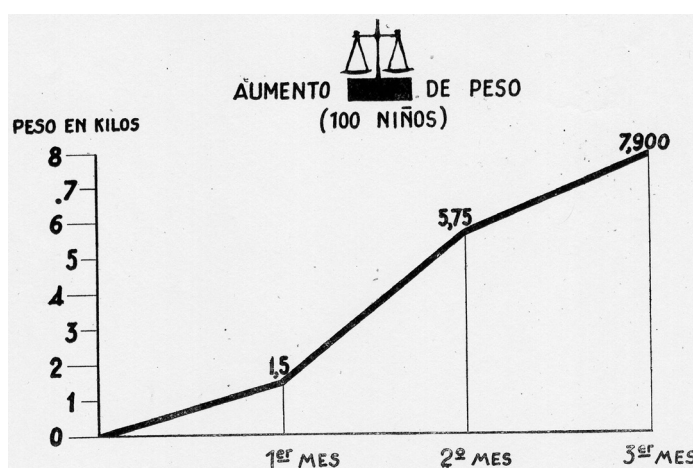


FIG. 120.— Gráfica que muestra el aumento de peso en los niños que participan en el programa de colonias del PNA, empleada como demostración palmaria de las bondades del mismo en un opúsculo propagandístico de la época (Anónimo, c.1949: 15).



FIG. 121.— Festival folklórico en las colonias infantiles del PNA. Fotograma de *Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).



FIG. 122.— Una jornada cualquiera en las colonias infantiles del PNA se inicia inexcusablemente con la oración. Fotograma de *Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).



*Vidas salvadas* nos pone en contacto con la vida cotidiana de los colonos en algunas de las residencias del programa (Fig. 121). Así, en el preventorio femenino de Guadarrama, asistimos al gozoso despertar de las niñas, que se acompaña invariablemente por la oración (Fig. 122):

*«El rezo de cristiano fervor que en los labios infantiles cobra la máxima pureza y la invocación más conmovedora.»*

Acto seguido comienza el ritual de la higiene personal, al que siguen las diferentes rutinas diarias: labor, lectura y escritura, y recreo al aire libre (Fig. 123). Todas las secuencias nos sugieren *«un ímpetu vital incontenible»* en las internas, a las que vemos comer con excelente apetito. De igual modo, en cada momento del día se integra una vez tras otra la oración. Así, en el transcurso de una excursión vespertina,

*«el rezo del rosario eleva sobre los campos el poético acento de la letanía. En plena montaña, se ponen en contacto con la naturaleza. Las cumbres les acercan a Dios.»*



FIG. 123.— Escuela al aire libre en las colonias del PNA. Fotograma de *Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).

Y también antes de dormir:

*«Cuando llega la hora del descanso, antes de que las infantiles cabezas descansen sobre las nítidas almohadas, vuelve a prenderse en los labios la mística del rezo en una oración de gracia. La sombra velará su sueño.»*

Este modelo de vida saludable física y espiritualmente fue alabado en numerosas ocasiones por la propaganda franquista, tanto en películas como la que analizamos como en muchos otros materiales de divulgación. Así, en un opúsculo titulado *La lucha antituberculosa nacional* (Fig. 124), el lector recibía la siguiente información sobre las colonias infantiles:

*«La vida en estos preventorios es sana, sencilla y de gran libertad. Al levantarse los niños, y después de rezar sus oraciones, se les reconoce diariamente por el médico [...], auxiliado por las enfermeras. El resto del día se distribuye en recreos, comida y reposo. Se les da desayuno, almuerzo, merienda y cena sana y abundante. Reposo de una hora después de las comidas principales en sus camas [...]. Durante los paseos y al aire libre se les dan conferencias sencillas de cultura general. En todos los Centros se organizan con frecuencia festivales, en los que toman parte los propios acogidos y artistas locales. [...]*

*Continuamente se reciben cartas y muestras de agradecimiento de los familiares de los niños que se han beneficiado de estas colonias.»* (Anónimo, c.1949: 18s).

Finalmente, *Vidas salvadas* nos transporta a los preventorios masculinos de La Sabinosa y Almería, donde asistimos a escenas muy similares a las de Guadarrama. El narrador pone fin al documental con las siguientes palabras, que evocan el título del documental:

*«La playa es la delicia de los pequeños, que sin la atención que les dedica el Estado por intermedio del Patronato Nacional Antituberculoso, quizá no hubieran podido contemplar ni disfrutar nunca el espectáculo rumoroso y fragante del mar. Así se salvan miles de vidas humanas.»*



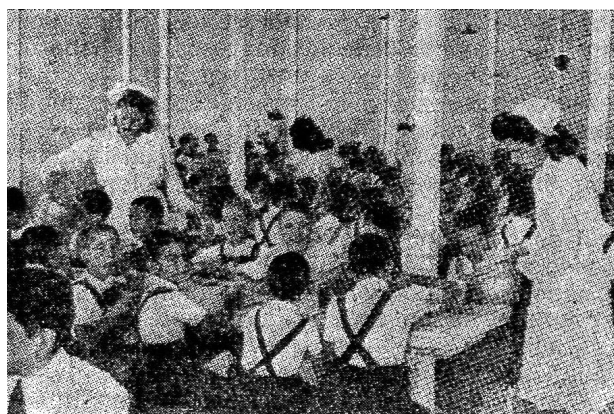
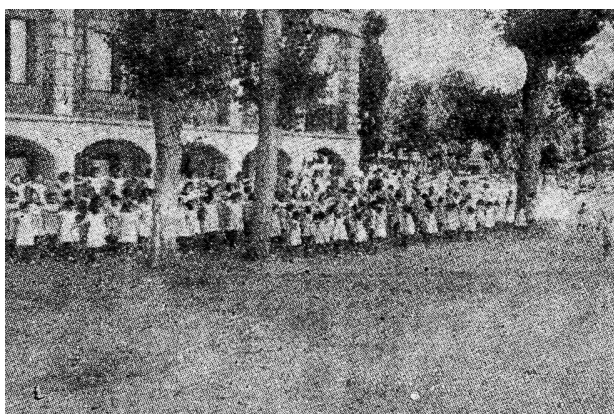
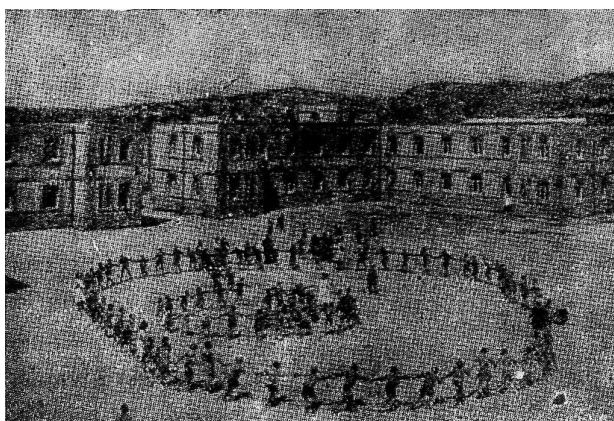


FIG. 124.— Composición realizada con algunas de las imágenes que ilustran el opúsculo, llamativamente subtítuloado *Obra de divulgación científica de difusión gratuita*. Como puede observarse, el retrato que esta obra hace de las colonias infantiles es idílico (Anónimo, c.1949).



~ *Enfermos en Ben-Karrich* (Santos Núñez, 1949)

Este documental de 9 minutos, dirigido por Santos Núñez<sup>319</sup>, muestra el trabajo del Patronato Antituberculoso de Marruecos –de aquí en adelante, PAM–. El PAM, que se creó en marzo de 1940 (Martínez, 2009: 5), reproducía en el Protectorado español de Marruecos la estructura y funciones del PNA,<sup>320</sup> en tanto que organismo dedicado a abarcar todos los aspectos de la lucha antituberculosa. Presidido por el delegado de Asuntos Indígenas, el PAM contaba con una Asamblea en la que se integraban tanto españoles como marroquíes, un delegado de Auxilio Social y el ministro de los Bienes Jabus, esto es, de las mezquitas<sup>321</sup> (Benítez, 1945: 351). El hilo conductor del documental es el sanatorio antituberculoso de Ben-Karrich, situado en la localidad del mismo nombre a unos 14 km de Tetuán, e inaugurado en 1945<sup>322</sup> (Fig. 125).

Esta producción audiovisual ha sido analizada desde el punto de vista propagandístico por Martínez Antonio (2009), en términos que juzgamos muy acertados. En efecto, este investigador no se ha limitado a poner de relieve la forma en que el discurso sanitario franquista se materializa en el documental, sino que lo ha insertado en una estrategia general encaminada a la integración de la población marroquí en el proyecto imperial español. Como afirmó en 1945 el secretario de la Alta Comisaría de España en Marruecos, general Galera, la sanidad era «la mejor arma política» de la que podía disponer la metrópoli en territorio africano<sup>323</sup>.

La imagen que se deseaba transmitir del Protectorado no era la de un territorio colonial al uso, sino la de una parte más de España. Por lo tanto, aunque se respetasen una serie de particularidades lógicas, la Administración sanitaria española en Marruecos no podía más que imitar a la que existía en la Península, sin que formalmente se verificase subordinación alguna (Martínez, 2009:

319 Santos Núñez participó en diversas producciones sobre la sanidad colonial. Así, fue guionista de tres documentales sobre la acción sanitaria española en Guinea Ecuatorial en 1946, y dirigió en 1949, además de *Enfermos en Ben-Karrich*, el cortometraje *Médicos en Marruecos* (Tabernero et al., 2012: 1.166).

320 La primera organización de los servicios antituberculosos en el territorio marroquí controlado por España data de diciembre de 1934. Entre las medidas tomadas figuran la vacunación masiva por BCG, la atención a pacientes en hospitales, dispensarios y consultorios, la construcción de casas baratas y el proyecto de creación de un preventorio escuela para niños tuberculosos en Ketama (Martínez, 2013: 379).

321 Ferrer Bravo, M.: "De Marruecos. Xexuan o Xexauen. Situación, descripción, historia. I", *ABC*, 14-X-1919, p. 5.

322 Benítez Franco, B. "Misión sanitaria de España en Marruecos", *ABC*, 1-VII-1945, p. 15.

323 *Ibid.*



FIG. 125.— Vista general del sanatorio antituberculoso de Ben-Karrich, cerca de Tetuán. Foto: Benítez (1950: 420).

4). En este sentido, resulta significativo el hecho de que la tuberculosis no fuese la enfermedad más importante del Protectorado marroquí, por lo que la constitución del PAM y la producción de un documental dedicado a un sanatorio antituberculoso en Marruecos sólo se entiende en un contexto de españolización de la colonia, de traslación y asimilación a la realidad peninsular (*Ibid.*: 6).

De hecho, *Enfermos en Ben-Karrich* se inicia con múltiples datos sobre las abrumadoras pérdidas económicas y las perturbaciones sociales que la tuberculosis causa en muchos países; sin embargo no se facilita una sola cifra que nos hable de las repercusiones de la enfermedad en Marruecos. A continuación se nos muestra un mapa de España en el que se despliegan todos los centros sanitarios del PNA, y el narrador asegura que «no podía quedar fuera de esta obra social la zona española de Marruecos».

Aunque, como hemos dicho, la acción de la metrópoli se esfuerza en no reproducir el esquema de dominación de otros modelos coloniales, esto no significa que la Administración española no ejerciese su labor civilizadora sobre el territorio y sus moradores desde una posición de pre-

tendida superioridad científica y moral (Molero *et al.*, 2002: 211), que también queda claramente reflejada en *Enfermos en Ben-Karrich*. El discurso oficial apela a una supuesta fraternidad tutelada que, en definitiva, no deja de remitirnos a un modelo en el que tratan de conjugarse el paternalismo colonizador y un cierto grado de autonomía con el que se correspondía a los favores prestados durante la Guerra Civil (Martínez, 2009: 6ss).

En efecto, la cinta sobre Ben-Karrich nos habla de pueblos que merecen la acción benéfica de España, pero inferiores al fin y al cabo. Así, en una escena sobre la función social de los dispensarios, la *voz en off* nos explica que la población musulmana es atendida por médicos españoles que, mediante rayos X, la «pantalla mágica» para los indígenas, pueden averiguar si hay presencia de la enfermedad. Frente a la ignorancia del que debe ser civilizado y la superstición indígena se opone el «*rigor científico*» de los sanitarios del que se nos habla minutos después, una vez que la acción cinematográfica se ha desplazado hasta el sanatorio.

Allí se suceden las escenas de reconocimientos y tratamientos, de médicos empleando el moderno material quirúrgico y diagnóstico. Con esta selección de imágenes, el guión trata de evidenciar el poder civilizador de la medicina occidental, ponderando la superioridad del colonizador frente al enfermo indígena, pobre e inculto (Tabernero *et al.*, 2012: 1.163).

Estos planos se alternan con otros de enfermos de ambos sexos, musulmanes y cristianos, en las galerías de cura, mientras la narración asegura que la convivencia entre unos y otros es modélica. A diferencia del integrismo nacional católico que se manifiesta en las normas y propaganda antituberculosa que ya hemos visto en el territorio peninsular, en este ámbito marroquí la diferencia de credos no es un problema para la Administración sanitaria colonial. A todas luces, un doble rasero del Régimen:

*«Españolas y marroquíes se hallan unidas por la amistad que engendra la desgracia común. Unas y otras, durante las prolongadas horas de inactividad, han sabido conocerse y comprender que si la enfermedad no hace distinciones, tampoco la ciencia tiene privilegios. Y todas confían en su destino con la misma fe.»*

Por este mismo motivo, aunque el personal médico es español –cristiano–, el sanatorio dispone de enfermeras musulmanas que «*atienden a las muchachas con cariño y voluntad alegre*».

Finalmente, el documental nos muestra la imagen de un joven curado que recibe el alta, y la voz en *off* se encarga de recordarnos que la población local se lo debe todo a la metrópoli, incluso su salud:

«*Y hacia el pequeño poblado escondido en la campiña se aleja la figura de un hombre ganada como otros muchos al sufrimiento y a la muerte. La figura de un hombre marroquí que sabe lo que España ha hecho para salvarlo.*»

Aunque no compartimos con Martínez Antonio (2009: 9) su interpretación religiosa de la palabra «*salvación*» en esta frase final del cortometraje, pues creemos que el régimen franquista no aspiraba a convertir a los fieles musulmanes, sí lo hacemos en clave moral. En este sentido, la acción sanitaria española, independientemente del factor religioso, habría tenido la intención de encuadrar a la población local en el sistema de valores del nuevo Estado, partiendo de la concepción clásica del salvaje que debe ser educado para convertirse en un buen ciudadano.

~ *Victorias sanitarias* (NO-DO, 1954)

Al igual que *Vidas salvadas*, este cortometraje forma parte de la revista cinematográfica *Imágenes* de NO-DO (número 487). Subtitulado *Misión del Patronato Nacional Antituberculoso*, el documental es una versión actualizada de *En estos años de paz*, en el sentido de que, al igual que este último, pretende traducir al lenguaje audiovisual la labor del PNA, aunque desde planteamientos más acordes con el momento que vivía la lucha antituberculosa. En *Victorias sanitarias* también están muy presentes las gráficas que demuestran el imparable avance de la lucha contra la tuberculosis: incremento sostenido de los presupuestos del PNA, de los centros asistenciales y profilácticos y de las colonias preventoriales, por un lado; y descenso significativo de los fallecidos, por el otro.



Como en la mayor parte de las cintas que hemos analizado, el guión emplea un hilo conductor que permite al narrador desgranar toda la información a medida que se nos muestra la progresión de ese motivo central. En este caso, se trata de una familia de clase media que, gracias a una revisión rutinaria practicada a todas las alumnas de un colegio, descubre que una de las hijas presenta una lesión tuberculosa. En este sentido, debemos tener presente que, cuando se rodó este cortometraje, el PNA se hallaba inmerso en una profunda reconversión de sus estructuras, y que uno de sus principales objetivos era dotar de mayor protagonismo a los dispensarios para fomentar el estudio de grandes masas de población y fomentar la detección precoz<sup>324</sup>. «*Por ello –afirma la voz en off–, el dispensario no espera pasivamente, sino que averigua las posibles causas y orígenes*».

La película se inicia con algunos consejos para prevenir el contagio, incluida la vacunación por BCG, y una afirmación optimista: «*La tuberculosis es evitable y es curable*». Seguidamente, nos adentramos en la casa de la familia protagonista con la enfermera visitadora del dispensario, que inspecciona sus condiciones higiénicas, toma nota de las consideraciones de los padres y cita a toda la familia para ser reconocida en el dispensario del distrito (Fig. 126). En la sala de espera reconocemos el cartel divulgativo titulado *Una revisión periódica*, del que nos hemos ocupado anteriormente.

Tras la consulta médica, se descubre que el padre también presenta una lesión tuberculosa, y se determina que éste acuda a un sanatorio, la hija enferma a un preventorio, y la no enferma a una colonia durante tres meses. Acto seguido, la acción se traslada al preventorio de Aguas de Busot, en Alicante, donde la niña enferma es atendida por monjas, enfermeras y médicos, y a las colonias infantiles de Guadarrama, donde es llevada su hermana. El padre ingresa en el sanatorio de Zaragoza. De este modo, la cinta logra mostrarnos en un corto espacio de tiempo una unidad antituberculosa completa: dispensario, sanatorio, preventorio y colonia infantil.

Al igual que en *Vidas salvadas*, el documental utiliza recursos que apelan a la emotividad del espectador. Nos referimos a algunos planos del padre durante su estancia en el sanatorio, donde aparece visiblemente emocionado al leer una carta de una de sus hijas.

---

324 Véase epígrafe dedicado al marco normativo y organizativo en el presente capítulo.





FIG. 126.— Una enfermera visitadora inspecciona las condiciones higiénicas de la vivienda de la familia protagonista de *Victorias sanitarias* (NO-DO, 1954).

La secuencia final del cortometraje nos muestra a la familia protagonista nuevamente reunida, tras recuperar la salud, haciendo su contribución en la *Fiesta de la Flor*, y la voz en *off* concluye:

*«La familia curada, que ve lejos de sí el peligro de la enfermedad y del dolor, aporta feliz su óbolo a esta hermosa misión que a todos nos hermana ante el dolor ajeno.»*

A lo largo de este capítulo hemos puesto de manifiesto la estructura de la organización anti-tuberculosa franquista, perfectamente inserta en los principios ideológicos del Régimen. Durante todo este periodo, la lucha contra la enfermedad se encomendó a un organismo específico, el PNA, lo que formalmente supuso volver a la situación organizativa anterior a la Segunda República, cuando el Estado asumió directamente toda la acción contra la tuberculosis. Sin embargo, la Administración sanitaria franquista mantuvo estrechos vínculos con el PNA, sobre el que ejercía un estrecho control. Asimismo, se efectuaron importantes inversiones públicas para la construcción de sanatorios, con el objetivo de disponer de 26.000 camas; sin dejar de lado otras fuentes de financiación, como una sobretasa postal especial, la cuestación anual conocida como *Fiesta de la Flor* y los conciertos para ceder plazas en los sanatorios a organismos públicos y privados. Finalmente,

el descenso de la mortalidad propiciado por la generalización de antibióticos específicos y las mejoras en las condiciones de vida desembocó en una profunda reorganización del sistema de lucha antituberculosa, con la que concluye nuestra investigación.

El Régimen supo utilizar hábilmente la lucha contra la tuberculosis en términos propagandísticos, asociando los avances sanitarios a una gestión eficaz que sólo podía corresponder al Gobierno del general Franco. En este sentido, el PNA, al igual que el resto de servicios sanitarios, desarrolló una política de comunicación integral que incluía todos los medios disponibles, tanto propios como ajenos.

Hay que subrayar que, una vez más, la divulgación sanitaria fue empleada en este periodo como herramienta de encuadramiento del individuo en el orden social. Sin embargo, fue el Franquismo el que dio a esta forma de comunicación unos tintes más propagandísticos, llegando al punto de asociar la enfermedad física a la disensión política.

## 4. CONCLUSIONES

La historia de la lucha antituberculosa en España desde sus inicios, a finales del siglo XIX, hasta el momento en que la tuberculosis dejó de ser la enfermedad más letal en nuestro país, a mediados del siglo XX, no puede desligarse de la historia de la comunicación social, ya que el movimiento contra la tuberculosis es un fenómeno que atañe a toda la comunidad. La lucha antituberculosa se concibió como una acción colectiva en la que se entremezclan factores de orden sanitario, económico, ideológico y sociológico. En este sentido, los medios de comunicación, en su más amplia consideración, fueron el punto de encuentro de todos ellos en la escena pública y, por ello, nos dan la medida de la trascendencia de la tuberculosis en su consideración de fenómeno social. La comunicación no puede entenderse, por tanto, como un aspecto menor o meramente accesorio de la lucha contra la tuberculosis, sino uno de sus elementos constitutivos.

La lucha antituberculosa depositó buena parte de sus esperanzas en la divulgación sanitaria, pues la prevención era la manera más efectiva y menos costosa de combatir la enfermedad. Los consejos para evitar el contagio por medio de diferentes medios de comunicación no cumplieron únicamente una misión sanitaria, sino también socializadora y hasta adoctrinadora. En efecto, el proyecto médico-social de la lucha antituberculosa tenía una voluntad muy clara de crear “buenos ciudadanos”: buenos para sí mismos, porque cuidaban de su propia salud; pero también buenos para la comunidad en la que se desenvolvían porque evitaban dañar a los demás. En este sentido, no nos referimos únicamente al contagio bacteriano, sino también al daño económico que la enfermedad causaba al cuerpo social cada vez que éste perdía a uno de sus miembros, con terribles consecuencias para el progreso de la nación.

La divulgación antituberculosa se valió de todo tipo de materiales educativos para acercarse a niños y adultos, como cartillas, manuales escolares y carteles, encaminados fundamentalmente a divulgar pautas higiénicas. Otro medio que gozó de importancia fueron las charlas y conferencias, con las que se buscaba una mayor cercanía a un público tanto adulto como infantil. Sin dejar de condenar las causas sociales de la tuberculosis –vivienda, trabajo y alimentación, fundamentalmente–, el discurso habitual prefirió poner el acento en el cuidado individual, en el que depositó sus máximas esperanzas. En este sentido, aunque la lucha antituberculosa organizada pasó de la más absoluta precariedad, en sus comienzos, hasta un gran aparato público con miles de camas a disposición de los enfermos a mediados de los años 50, la divulgación sanitaria nunca perdió su vigencia ni su utilidad.

Esta divulgación se inserta en el sistema de valores imperante en cada momento histórico, y es un reflejo fiel de una concepción concreta de la sociedad y de la enfermedad y de las relaciones mutuas que se establecen entre ambas. Asimismo, durante el Franquismo, especialmente en sus primeros años, junto a esta faceta más socializadora de la divulgación sanitaria se manifestó una clara voluntad propagandística. En efecto, para el Régimen la enfermedad podía transformarse en un problema político, pues la patria exigía individuos sanos que le permitieran materializar sus aspiraciones imperiales. Además, la sanidad franquista supo utilizar hábilmente la lucha contra la tuberculosis en términos propagandísticos, asociando los avances sanitarios a una gestión eficaz que sólo podía corresponder al Gobierno del general Franco.

La prensa periódica, en sus diferentes manifestaciones, merece algunas consideraciones particulares. En el ámbito de las publicaciones especializadas destacan, tanto por su longevidad como por su relevancia científica, la *Revista de Higiene y Tuberculosis* (1905-1936), la *Revista Española de Tuberculosis* (1930-1936 y 1940-1950) y *Enfermedades del tórax* (1952-1987). La existencia de estas publicaciones pone de manifiesto un creciente número de tisiólogos, médicos dedicados al tratamiento de la tuberculosis, a medida que avanzaba el siglo XX. Asimismo, el debate sobre cómo debía organizarse la lucha antituberculosa en términos sanitarios encontró en la prensa especializada a su mejor aliada. En este sentido, destaca el papel desempeñado por la *Revista Española de Tuberculosis* durante la Segunda República.

En cuanto a la prensa de información general, la presencia habitual del tema de la lucha antituberculosa en el flujo informativo cotidiano es un síntoma claro de que la enfermedad fue objeto de interés público desde que la campaña comenzó a tomar forma. Además, estas publicaciones no se limitaron a reflejar lo que ocurría a su alrededor, especialmente los hitos más significativos, sino que también recogieron la opinión de los especialistas y generaron interés público en torno al problema de la tuberculosis. Durante la Segunda República tenemos ejemplos de que, además, se prestó una especial atención a la faceta más humana del problema, por lo que la atención se desplazó a los protagonistas cotidianos de la lucha antituberculosa, médicos y pacientes. El objetivo, además de informar, era sobre todo mover conciencias.

En el aspecto técnico, los primeros pasos de la divulgación antituberculosa no fueron especialmente brillantes, pues los mensajes no estaban adecuadamente adaptados a su principal público objetivo, esto es, los estratos más bajos de la sociedad, que corrían un mayor riesgo de contagio. La incorporación de criterios modernos a la divulgación sanitaria a finales de los años 20 se debe a Julio Bravo Sanfelíu, un médico formado en diversos países extranjeros gracias a la Fundación Rockefeller. De este modo, la información no sólo mejoró su factura, sino que se integró en una estrategia integral de comunicación en la que tuvieron cabida la radio y el cine, que ofrecían mayor cobertura y posibilidades de influir en el receptor. La presencia de Bravo en los servicios de propaganda de la Dirección General de Sanidad se prolongó sin solución de continuidad hasta los años del Franquismo, lo que dio continuidad a estos planteamientos durante todo el periodo.





## BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÓ, J. (1936): “Resumen de la labor efectuada durante el año 1934-35 en el Dispensario Antituberculoso de la provincia de Toledo”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 53. Madrid. pp. 35-47.
- AGENCIA EFE (2013): *Setenta y cinco. 1939-2014*. Agencia EFE. Madrid.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1988): “Origen y desarrollo de la eugenesia en España”, en J.M. Sánchez: *Ciencia y sociedad en España*. Ediciones El Arquero-CSIC. pp. 179-204.
- ÁLVAREZ Y RODRÍGUEZ-VILLAMIL, V. [1912] (1987): “Madrid y la tuberculosis”, en J. Molero: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración* (transcripción parcial). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 133-174.
- ÁLVAREZ SIERRA, J. (1931): *La vacunación antituberculosa en general. Cómo se practica. Fundamentos científicos de sus diversos sistemas*. Labor. Barcelona.
- ÁLVAREZ-URÍA RICO, F. (1983): *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XX*. Tusquets Editores. Barcelona.
- ANAUT BRAVO, S. (1999): “Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (siglo XX)”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22 (2). Gobierno de Navarra. pp. 219-231.
- ANÓNIMO (1909): *Álbum del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina*. Artes Gráficas Mateu. Madrid.
- (1928): “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas”, *España Médica*, nº 551, 1-XI-1928, p. 4.
  - (c.1949): *La lucha antituberculosa nacional*. Imprenta V. Bayarri. Valencia.
  - (1952a): “Editorial”, en *Enfermedades del tórax*, 2. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 221-222.
  - (1952b): “Sección Informativa y Disposiciones Oficiales”, en *Enfermedades del tórax*, 3. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 663-664.
  - (1953a): “Editorial”, en *Enfermedades del tórax*, 5. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 1-2.

- (1953b): “Editorial”, en *Enfermedades del tórax*, 7. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 429-430.
- (1954a): “Editorial”, en *Enfermedades del tórax*, 9. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 1-2.
- (1954b): “Editorial”, en *Enfermedades del tórax*, 10. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 193-194.
- ANÓNIMO (1954b): “Relación de centros del Patronato Nacional Antituberculoso y personal médico adscrito a los mismos”, en *Enfermedades del tórax*, 9. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 136-148.
- APARICIO LÓPEZ, O. (1954): *La lucha antituberculosa en España*. Publics. españolas. Madrid.
- ARIAS GONZÁLEZ, L. (2009): “Las “Casas Baratas” (1911-1937), primer gran ensayo de vivienda social en España”, en C. Sambricio y R. Sánchez Lampreave (eds.): *La vivienda protegida. Historia de una necesidad*. Ministerio de Vivienda. Madrid.
- (2011): “Las Casas Baratas en España: Luces y sombras de un proyecto”, en VV.AA.: *Casas baratas, 1911. Centenario de la primera ley*. Ministerio de Fomento. Madrid.
- ARMUS, D. (2007): *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Edhasa. Buenos Aires.
- ARROBA JUZGADO (1933): “Dispensarios antituberculosos”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 106-120.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MÉDICOS PUERICULTORES TITULADOS (1933): *Curso de conferencias radiadas*. Dirección General de Sanidad. Madrid.
- AYARZAGÜENA SANZ, M. (2013): “El marco político, económico, social y cultural de España (1939-1975)”, en M<sup>a</sup>.I. Porras *et al.* (coords.): *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Los libros de la catarata. Madrid. pp. 32-47.
- AYUNTAMIENTO DE PIEDRAHÍTA (1904): *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*. Imprenta de José Perales y Martínez. Madrid.
- AYUNTAMIENTO DE SAN SEBASTIÁN (c.1902): *Instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*. Imp. F. Jornet. San Sebastián.
- BÁGUENA CERVELLERA, M<sup>a</sup>.J. (1992): *La tuberculosis y su historia*. Fundación Uriach 1838. Barcelona.
- (2011): “Los saberes en torno a la tuberculosis en Valencia a través de la prensa médica (1882-1914)”, en *El Argonauta español*, 8. TELEMME. Marsella: <http://argonauta.revues.org/112> (acceso 24-X-2014).
- BAHAMONDE MAGRO, A. (1993): *La sociedad española de los años 40*. Grupo 16. Madrid.
- BARDET, J.P., BOURDELAIS, P., GUILLAUME, P., LEBRUN, F. y QUETEL, C. (1988): *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècles*. Fayard. París.

- BARNES, D.S. (1995): *The Making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France*. University of California Press. Berkeley.
- (2000): “Historical perspectives on the etiology of tuberculosis”, en *Microbes and Infection*, 2. Institut Pasteur. pp. 431-440.
- BAROJA Y NESSI, P. [1904] (1969): *La busca*. Salvat Editores-Alianza Editorial. Madrid.
- BARONA VILAR, C. (2002): *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*. Tesis doctoral. Universitat de València. Valencia.
- BARONA VILAR, J.L. (2003): “La dimensión del exilio científico republicano de 1939”, en J.L. Barona (coord.): *Ciencia, salud pública y exilio: España, 1875-1939*. Seminari d’Estudis sobre la Ciència. Valencia.
- (2006): “La salud de la población según los informes internacionales (1936-1940)”, en *Congreso Internacional La Guerra Civil Española 1936-1939*. Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales. Madrid: [http://www.secc.es/media/docs/10\\_2\\_JOSEP\\_LUIS\\_BARONA\\_VILAR.pdf](http://www.secc.es/media/docs/10_2_JOSEP_LUIS_BARONA_VILAR.pdf) (acceso 3-VII-2007).
- (2007): *José Chabás Bordehore (1877-1963). Tuberculosis y medicina social en la Valencia del primer tercio del siglo XX*. Consell Valencià de Cultura. Valencia.
- (2009): “Génesis y dimensiones del higienismo”, en *Lars. Cultura y ciudad*, 15. Iseebooks. Valencia. pp. 9-13.
- BARONA VILAR, J.L. y BERNABEU-MESTRE, J. (2008): *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Universitat de València. Valencia.
- BARONA VILAR, J.L., BERNABEU-MESTRE, J. y PERDIGUERO GIL, E. (2005): “Health problems and public policies in rural Spain (1854-1936)”, en J.L. Barona y S. Cherry (eds.): *Health and medicine in rural Europe (1850-1945)*. Seminari d’Estudis sobre la Ciència. Valencia. pp. 63-82.
- BARONA VILAR, J.L. y LLORET PASTOR, J. (2003): “El exilio republicano como suceso histórico”, en J.L. Barona (coord.): *Ciencia, salud pública y exilio: España, 1875-1939*. Seminari d’Estudis sobre la Ciència. Valencia.
- BARRANQUERO TEXEIRA, E., EIROA SAN FRANCISCO, M. y NAVARRO JIMÉNEZ, P. (1994): *Mujer, cárcel, franquismo. La Prisión Provincial de Málaga (1937-1945)*. Ed. de autor. Málaga.
- BARTOLOMÉ RELIMPIO, J. de (1933): “Organización del personal médico”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 159-166.
- BASHFORD, A. (2010): “The Great White Plague Turns Alien: Tuberculosis and Immigration in Australia, 1901-2001”, en F. Condrau y M. Worboys (eds.): *Tuberculosis then and now. Perspectives on the History of an Infectious Disease*. McGill-Queen’s University Press. pp. 100-122.

- BEJARANO SÁNCHEZ, E. y MARTÍN SALAZAR, M. (1912): “Tuberculosis. Mortalidad durante el quinquenio de 1901 a 1905”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 3-9.
- BENAVENTE, M.B. de (1914): “Memoria del Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia”, en VV.AA.: *Tercer Congreso español de la tuberculosis. Segundo con carácter internacional celebrado en San Sebastián del 9 al 16 de Septiembre de 1912*. Tomo II. Sociedad Española de Papelería. San Sebastián. pp. 482-488.
- BENÍTEZ FRANCO, B. (1940): *El problema social de la tuberculosis*. Publicaciones R.E.T. Madrid.
- (1945): *Información sobre la lucha antituberculosa en España y Memoria correspondiente al año 1944*. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid.
  - (1947): *¡¡Defiéndete!! (Lecturas de Higiene elemental)*. Afrodisio Aguado. Madrid.
  - (1950): *Tuberculosis. Estudio de la lucha contra esta enfermedad en España. 1939-1949*. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid.
  - (1953): *La asistencia médica en los seguros de enfermedad*. Gráficas Valera. Madrid.
- BENITO LANDA, T. de (1931): *El problema médico-social de la tuberculosis*. Ediciones literarias. Madrid.
- BENJUMEA PINO, P. (1990): “Sanidad y desempleo”, en VV.AA.: *Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. pp. 449-472.
- BERENGUER ALLAERT, B. (2011): *Estudi de dos edificis: Dispensari Central Antituberculós de Barcelona i Casa Bloc. Memòria*. Proyecto/Trabajo final de carrera. Escola Tècnica Superior d'Enginyeria Industrial de Barcelona. Barcelona: <http://hdl.handle.net/2099.1/13564> (acceso 12-X-2015).
- BERNABEU-MESTRE, J. (1989): “La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad”, en *Revista de Demografía Histórica*, 7 (3). Asociación de Demografía Histórica. pp. 23-36.
- (1994): “El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la salud pública en España, 1924-1934”, en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68 (mon.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 65-89.
  - (1995): *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Valencia.
  - (2000): “La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933”, en *Revista Española de Salud Pública*, 74 (mon.). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 1-13.
  - (2002): “Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950”, en *Revista de Demografía Histórica*, 20 (1). Asociación de Demografía Histórica. pp. 123-143.



- BERNABEU-MESTRE, J., CABALLERO PÉREZ, P., GALIANASÁNCHEZ, M<sup>a</sup>.E. y NOLASCO BONMATÍ, A. (2006): “Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil”, en *Revista de Demografía Histórica*, 24 (1). Asociación de Demografía Histórica. pp. 181-201.
- BERNABEU-MESTRE, J., TRESCASTRO LÓPEZ, E. y GALIANA SÁNCHEZ, M<sup>a</sup>.E. (2011): “La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935)”, en *Salud Colectiva*, 7 (supl. 1). Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. pp. 49-60.
- BIEL IBÁÑEZ, M<sup>a</sup>.P. (1996): “El cine como documento para la historia de la arquitectura industrial en Zaragoza: Antonio de Padua Tramullas”, en *Artigrama*, 11. Departamento de Historia del Arte de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza. pp. 297-315.
- BIESCAS FERRER, J.A. (1987): “Estructura y coyunturas económicas”, en M. Tuñón de Lara (dir.): *Historia de España. 10: España bajo la dictadura franquista (1939-1975)*. Editorial Labor. Barcelona. pp. 19-164.
- BLANCO RODRÍGUEZ, F. (1954): *XIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Tercera ponencia. Cuestión social. Modificaciones de la lucha antituberculosa determinadas por el empleo de los antibióticos y de la quimioterapia*. Compañía Española de Penicilina. Madrid.
- (1960): *Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax. Memoria bienio 1957-1958*. Patronato Nacional Antituberculoso y de las Enfermedades del Tórax. Madrid.
- BLANCO SÁNCHEZ, J. (1935): “Opiniones sobre la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 42. Madrid. pp. 158-160.
- BOON, T.M. (2005): “Health education films in Britain, 1919-39”, en G. Harper y A. Moor (eds.): *Signs of Life. Medicine & Cinema*. Wallflower Press. Londres. pp. 45-57.
- (2010): “Lay disease narratives, tuberculosis, and health education films”, en F. Condrau y M. Worboys (eds.): *Tuberculosis then and now. Perspectives on the History of an Infectious Disease*. McGill-Queen’s University Press. Montreal. pp. 24-48.
- BOSCH MARÍN, J. (1940): *Política familiar y sanitaria*. Ministerio de la Gobernación. Sin ciudad.
- BRAVO FRÍAS, J. (1933a): “Profilaxis de la tuberculosis en el niño”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 57-64.
- (1933b): “Proyectos de organización de la lucha contra la mortalidad infantil”, en Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados: *Curso de conferencias radiadas*. Dirección General de Sanidad. Madrid.
- BRAVO SANFELÍU, J. (1951): *Algunas consideraciones sobre propaganda en general y propaganda sanitaria en particular*. Dirección General de Sanidad. Madrid.
- (1953): *La técnica moderna en la didáctica y la difusión de los progresos médicos*. Institución “Fernando el Católico”. Zaragoza.

- BRYDER, L. (1988): *Below the Magic Mountain. A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*. Oxford University Press. Oxford.
- BRYDER, L., CONDRAU, F. y WORBOYS, M. (2010): "Tuberculosis and Its Histories: Then and Now", en F. Condrau y M. Worboys (eds.): *Tuberculosis then and now. Perspectives on the History of an Infectious Disease*. McGill-Queen's University Press. Montreal. pp. 3-23.
- BUENDÍA, R. (1933): "La vivienda higiénica, factor importantísimo en la profilaxis antituberculosa", en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 34-38.
- BUENDÍA MORENO, B. (2010): *La lucha antituberculosa durante la Segunda República española*. Tesis doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- BUYLLA, ? (1933): "Importancia del médico general en la lucha antituberculosa", en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 98-99.
- CALANDRE HOENIGSFELD, C. (2008): *El doctor Luis Calandre Ibáñez. De la Junta para Ampliación de Estudios al exilio interior*. Silente. Guadalajara.
- CALDWELL, M. (1988): *The last crusade. The war on consumption, 1862-1954*. Atheneum. Nueva York.
- CAMINO GALICIA, J. (1914): *Conferencia sobre higiene y profilaxis tuberculosa en el Ejército, dada en Regimiento de Infantería de Asturias nº 31 el día 30 de mayo de 1914 por el Doctor D. Julio Camino Galicia*. Imprenta del Regimiento. Madrid.
- CAMPO CARDONA, A. del (1954): "Mortalidad por tuberculosis pulmonar en España. Años 1921-1950", en *Enfermedades del tórax*, 11. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 447-465.
- CAMPOS MARÍN, R. (1998): "La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo", en *Llull*, 21. Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. pp. 333-356.
- CÁNOVAS IVORRA, J.A., TRAMOYERES GALVAÑ, A., SÁNCHEZ BALLESTER, F. *et alii* (2005): "La tuberculosis genitourinaria en la obra urológica del profesor Rafael Mollá Rodrigo (1862-1930). Análisis documental histórico de su obra", en *Archivos Españoles de Urología*, 58 (3). Iniestares. Madrid. pp. 195-198.
- CASANOVA RUIZ, J. (2004): "Una dictadura de cuarenta años", en J. Casanova (coord.): *Morir, matar, sobrevivir. La violencia en la dictadura de Franco*. Crítica. Barcelona. pp. 1-50.
- CASASSAS, O. (1999): *Una faula i setze històries: excursió pel camp de les ciències humanes sortint del despatx d'un metge*. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. Barcelona.
- CASTEJÓN BOLEA, R., PERDIGUERO GIL, E. y BALLESTER AÑÓN, R. (2006): "Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivienérea y la protección de la salud materno-infantil (1900-50)", en *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (2). Casa de Oswaldo Cruz. Río de Janeiro. pp. 411-437.

- CERVIÁ CABRERA, T. (1933a): “Vivienda”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 27-33.
- (1933b): “Alcoholismo”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 44-47.
- (1947): “En torno a las drogas «mágicas»: la estreptomicina en la tuberculosis”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 152. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 845-848
- CHICOTE, C. (1914): *La vivienda insalubre en Madrid*. Imprenta Municipal. Madrid.
- CODINA CASTELLVÍ, J. (1909): *Memoria leída en la inauguración del Real Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso, el 8 de Junio de 1909*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1912): *Primer comedor para tuberculosos pobres. Discurso*. Imprenta de Bailly-Baillière. Madrid.
- (1916): *El problema social de la Tuberculosis en Madrid*. Imp. Enrique Teodoro. Madrid.
- COLMENAREJO GARCÍA, F. y FERNÁNDEZ SUÁREZ, R. (1989): *El ciclo festivo de Colmenar Viejo. Ritual, simbolismo y conducta*. Ayuntamiento de Colmenar Viejo. Colmenar Viejo.
- COMET, R. y PINART, P. (1912): “Consideraciones sobre la tuberculosis”, en Junta Organizadora del Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis: *Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis*. Vol. 1. Imprenta del Hospicio Provincial. Zaragoza. pp. 135-157.
- COMISIÓN DE DISPENSARIOS DE LA JUNTA CENTRAL DE LA ASOCIACIÓN ANTITUBERCULOSA ESPAÑOLA [CDAAE] (1908): “Otro proyecto de Dispensario adaptable a cualquier población”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Comisión Permanente contra la Tuberculosis. I*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 15-24.
- COMISIÓN PERMANENTE CONTRA LA TUBERCULOSIS [CPCLT] (1908a): *La Comisión Permanente contra la Tuberculosis. I*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1912): *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- CONI, N. (2008): *Medicine and Warfare. Spain, 1936-1939*. Routledge. Nueva York.
- CONVERY, I., WELSHMAN, J. y BASHFORD, A. (2006): “Where is the Border? Tuberculosis Screening in Australia and the UK 1950-2000”, en A. Bashford (ed.): *Medicine at the Border: Disease, globalization and security*. Palgrave Macmillan. Basingstoke. pp. 97-115.
- CORTEJARENA Y ALDEBÓ, F. de (1912): *Acción social moderna ante la tuberculosis*. Imprenta de los Sucesores de Enrique Teodoro. Madrid.
- COSTA Y BUFÍ, G. (1912): *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de 1ª enseñanza*. Imprenta La Catalana. Barcelona.
- CRESPO ÁLVAREZ, A. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 43. Madrid. pp. 241-243.

- (1941): *La lucha social contra la tuberculosis. España, antorcha del mundo*. Gráficas Uguina. Madrid.
- CURA GONZÁLEZ, M<sup>a</sup>.I. del y HUERTAS GARCÍA ALEJO, R. (2007): *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*. CSIC. Madrid.
- DANIEL, T.M. (1999): *Captain of Death. The Story of Tuberculosis*. University of Rochester Press. Rochester.
- DARDER-RODÉS, J.B. y SEIX, T. (1919): *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*. Imprenta J. Horta. Barcelona.
- DASCHUK, J.W. (2013): *Clearing the Plains: Disease, Politics of Starvation, and the Loss of Aboriginal Life*. University of Regina Press. Regina.
- DASCHUK, J.W. HACKETT, P. y MACNEIL, S. (2006): “Treaties and Tuberculosis: First Nations People in late 19th-Century Western Canada, a Political and Economic Transformation”, en *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d’histoire de la médecine*, 23 (2). Canadian Society for the History of Medicine-Wilfred Laurier University Press. pp. 307-330.
- DESSERTINE, D. y FAURE, O. (1988): *Combattre la tuberculose*. Presses Universitaires de Lyon. Lyon.
- DÍAZ-RUBIO, M. (2000): *100 médicos españoles del siglo XX*. You & Us. Madrid.
- (2003): *Médicos españoles del siglo XX. Segunda Serie*. You & Us. Madrid.
- (2008): *Médicos españoles del siglo XX. Tercera Serie*. You & Us. Madrid.
- (2014): *Médicos españoles del siglo XX. Cuarta Serie*. You & Us. Madrid.
- DÍEZ, C. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 41. Madrid. pp. 92-93.
- DÍEZ DE BALDEÓN, C. (1986): *Arquitectura y clases sociales en el Madrid del siglo XIX*. Siglo XXI. Madrid.
- DOMÍNGUEZ MORENO, J.M. (2000a): “Etnomedicina respiratoria en Extremadura (I)”, en *Revista de Folklore*, 229. Fundación Joaquín Díaz. Valladolid. pp. 3-11.
- (2000b): “Etnomedicina respiratoria en Extremadura (II)”, en *Revista de Folklore*, 230. Fundación Joaquín Díaz. Valladolid. pp. 39-45.
- DUBOS, R. y DUBOS, J. [1952] (1987): *The White Plague. Tuberculosis, Man and Society*. Rutgers University Press. New Brunswick.
- EIROA SAN FRANCISCO, M. (1995): *Viva Franco. Hambre, racionamiento, falangismo. Málaga, 1939-1942*. Ed. de autor. Málaga.
- ESCUADERO ANDÚJAR, F. (2006): “Murcia, muerte y condiciones de vida en las cárceles de la dictadura. “Fiero monstruo!””, en *Congreso Internacional La Guerra Civil Española 1936-1939*. Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales. Madrid: [http://www.secc.es/media/docs/28\\_3\\_ESCUADERO\\_ANDUJAR.pdf](http://www.secc.es/media/docs/28_3_ESCUADERO_ANDUJAR.pdf) (acceso 4-VIII-2008).

- ESCUADERO GUTIÉRREZ, A. y NICOLAU NOS, R. (2014): “*Urban penalty: nuevas hipótesis y caso español (1860-1920)*”, en *Historia Social*, 80. Fundación Instituto de Historia Social-UNED. Valencia. pp. 9-33.
- ESPINA Y CAPO, A. (1905): *Lucha internacional contra la tuberculosis: libro de lectura para las Escuelas de 1.ª y 2.ª Enseñanza*. Bailly-Baillière e Hijos. Madrid.
- (1912a): “Prólogo”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. VII-XIII.
  - (1912b): “Medios con que cuenta España actualmente para la lucha contra la tuberculosis”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 1-2.
  - (1912c): “Memoria leída en la solemne inauguración del Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, el 28 de Diciembre de 1908, por el Director Jefe del mismo, Excelentísimo Sr. Dr. D. Antonio Espina y Capo, Vicepresidente de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis”, Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 395-409.
- ESPINA Y CAPO, A. y MALO DE POVEDA, B. (1908): “Primera organización de Dispensarios antituberculosos para todas las provincias”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Comisión Permanente contra la Tuberculosis. I*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 25-30.
- FATÁS Y MONTES, L. (1905): *Defensa contra la tuberculosis*. Imprenta de Bailly-Baillière e Hijos. Madrid.
- (1908): *Enseñanza antituberculosa en las Escuelas*. Establecimiento tipográfico de E. Teodoro. Madrid.
- FEE, E. y BROWN, T.M. (2006): “Using medical history to shape a profession. The ideals of William Osler and Henry E. Sigerist”, en F. Huisman y J.H. Warner (eds.): *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore. pp. 139-164.
- FERNÁNDEZ-CARO Y NOUVILAS, A. (1909): “Prólogo”, en N. Fernández-Cuesta: *La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico*. Est. tip. de V. Tordesillas. Madrid. pp. VII-XXIII.
- FERNÁNDEZ-CUESTA Y PORTA, N. (1909): *La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico*. Est. tip. de V. Tordesillas. Madrid.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1985): *Epidemias y sociedad en Madrid*. Vicens Vives. Barcelona.
- (1987): “Niveles de vida del proletariado madrileño (1883-1903)”, en VV.AA.: *Actas de los IV Coloquios de Historia. El reformismo social en España: la Comisión de Reformas Sociales*. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Jaén. pp. 163-180.
  - (1989): “La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico”, en A. Bahamonde y L.E. Otero (eds.): *La sociedad madrileña durante la Restauración: 1876-1931*. Vol. 2. Comunidad de Madrid. Madrid pp. 29-76.



- FERNÁNDEZ QUINTANILLA, E. (1929): *Ayuntamiento de Madrid. Información sobre la ciudad. Año 1929: Memoria*. Imprenta Municipal. Madrid.
- FERNÁNDEZ SANZ, J.J. (1990): *1885, el año de la vacunación Ferrán: trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*. Fundación Ramón Areces. Madrid.
- (1991): *El Madrid contemporáneo (hasta la guerra civil)*. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
- (1992): “La Asociación de la Prensa Médico-Farmacéutica (1875), pionera del asociacionismo periodístico español”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 44 (2). CSIC. Madrid. pp. 29-52.
- (2001): *De prensa médica*. Fundación Instituto Homeopático y Hospital de San José. Madrid.
- FERNÁNDEZ-TURÉGANO MARTÍNEZ, J. (1953): *Patronato Nacional Antituberculoso. Dos años de labor (1951-1952)*. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid.
- (1955): *Patronato Nacional Antituberculoso. Memoria del bienio 1953-1954*. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid.
- FERRAND LÓPEZ, C. (1910): *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*. Imprenta Provincial. Cuenca.
- FLORES MORGADO, M<sup>a</sup>.T. y REDONDO MORALO, M<sup>a</sup>.J. (2003): “Científicos y enfermedades en la filatelia española: una primera aproximación”, en *Revista de estudios extremeños*, 59 (1). Badajoz. pp. 369-394.
- GALIANA, M<sup>a</sup>.E. y BERNABEU-MESTRE, J. (2006): “El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 58 (2). CSIC. Madrid. pp. 139-164.
- GALINDO ANTÓN, J. (1963): “Algunas disposiciones reales del siglo XVIII sobre materia higiénica”, en VV.AA.: *Actas del I Congreso Español de Historia de la Medicina. Madrid-Toledo, 15-17 de abril de 1963*. Cometa. Zaragoza. pp. 115-119.
- GALLEGO RAMOS, E. (1908): *Relaciones entre la tuberculosis y la habitación. La casa salubre*. Imprenta de Antonio Marzo. Madrid.
- (1913): *Urbanización y tuberculosis*. Establecimiento tipográfico de A. Marzo. Madrid.
- GARCÍA CAMARERO, E. (1978): “La ciencia española en el exilio de 1939”, en J.L. Abellán (dir.): *El exilio español de 1939*. Vol. 5. Taurus. Madrid.
- GARCÍA FERRANDIS, X. (2013): “L’assistència sanitària a la ciutat de València durant la guerra civil espanyola (1936-1939)”, en *Actes d’Història de la Ciència i de la Tècnica*, 6. Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica. Barcelona. pp. 9-31.
- GARCÍA GUERRA, D. y ÁLVAREZ ANTUÑA, V. (1994): “Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14. Universidad de Granada. Granada. pp. 23-41.
- GARCÍA LUQUERO, C. (1950): *La tuberculosis como problema social-sanitario*. Casa Provincial de Caridad. Barcelona.

- GARCÍA GÓMEZ, J.J. y SALORT I VIVES, S. (2014): “La reforma sanitaria en Alcoi (1836-1914): industrialización, urbanización, fallos de mercado e intervención pública”, en *Historia Social*, 80. Fundación Instituto de Historia Social-UNED. Valencia. pp. 95-112.
- GARCÍA SÁNCHEZ, J.E., GARCÍA SÁNCHEZ, E. y GARCÍA MERINO, E. (2010): “Tuberculosis y cine. Una aproximación a través de la fantasía de más de 400 películas”, en *Revista de medicina y cine*, 6(3-4). Universidad de Salamanca. pp. 91-346.
- GARCÍA TRIVIÑO, F. (1933a): “Profilaxis antituberculosa del adulto. La tuberculosis, el trabajo y las enfermedades profesionales respiratorias”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 85-89.
- GARRIDO-LESTACHE, R. (1933): *Cartilla Popular Profiláctica contra la Tuberculosis*. J. Chulilla. Madrid.
- GIL PERELA, J. (1926): *Cartilla de vulgarización. Lucha contra la tuberculosis pulmonar*. La Mercantil Barcelonesa. Barcelona.
- GIMENO CABAÑAS, A. (1903): *Importancia social y política de la Medicina*. Imprenta Colonial. Madrid.
- GIMENO CABAÑAS, A., FERNÁNDEZ CAMPA, D. y MALO DE POVEDA, B. (1908): “Proyecto de Dispensario antituberculoso para Madrid (Asociación Antituberculosa Española)”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Comisión Permanente contra la Tuberculosis. I*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 9-14.
- GIRAL GONZÁLEZ, F. (1989): *Ciencia española en el exilio (1939-1988)*. Centro de Investigación y Estudios Republicanos. Madrid.
- GÓMEZ, M. (1912): “Sanatorio de los obreros de la fábrica de Trubia”, en Junta Organizadora del Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis: *Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis*. Vol. 2. Imprenta del Hospicio Provincial. Zaragoza. pp. 60-68.
- GÓMEZ PALLETE, F. (1933): “Vacunación antituberculosa del recién nacido”, en Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados: *Curso de conferencias radiadas*. Dirección General de Sanidad. Madrid. pp. 104-109.
- CRELLET, I., KRUSE, C. (1983): *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme, 1800-1940*. Ramsay. París.
- GUBERN, R. (2013): “Reseña del libro “Las imágenes de la salud: cartelismo sanitario en España (1910-1950)””, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 65 (1). CSIC. Madrid: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/553/590> (acceso 23-X-2015).
- GUERRA Y CORTÉS, V. (1903): *La tuberculosis del proletariado en Madrid*. Baena Hermanos Impresores. Madrid.
- GUILLAUME, P. (1986): *Du désespoir au salut: le tuberculeux aux 19e et 20e siècles*. Aubier. París.

- GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, M<sup>a</sup>.M. (1989): “La beneficencia pública en Madrid durante el último tercio del s. XIX”, en Á. Bahamonde y L.E. Otero (eds.): *La sociedad madrileña durante la Restauración: 1876-1931*. Vol. 2. Comunidad de Madrid. Madrid. pp. 425-434.
- (1990): “Crisis social y asistencia pública en el último cuarto de siglo”, en VV.AA.: *Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. pp. 161-191.
- HAUSER, P. [1902] (1979): *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. 2 vols. Ed. de C. del Moral. Editora Nacional. Madrid.
- HERAS SALORD, J. de las, PORRAS GALLO, M<sup>a</sup>.I. y BÁGUENA CERVELLERA, M<sup>a</sup>.J. (2013): “El drama de las víctimas de la poliomielitis visto por la prensa, por ellas mismas y por sus contemporáneos”, en *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Catarata. Madrid. pp. 170-192.
- HORCADA MATEO, A. (1928): “Discurso del Excmo. Sr. Director General de Sanidad”, en Real Patronato de la Lucha Antituberculosa: *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1927 a 1928. Año cuarto*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 13-22.
- IBARROLA MONASTERIO, R. e IBARROLA SUÁREZ, F. (1933): “Vivienda en la profilaxis de la tuberculosis”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 39-43.
- INSTITUTO DE REFORMAS SOCIALES [IRS] (1910): *Preparación de las bases para un proyecto de ley de casas para obreros. Casas baratas*. Vol 1. Imp. de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos. Madrid.
- JIMÉNEZ LUCENA, I. y MOLERO MESA, J. (2009): “Discursos (des)medicalizadores en la prensa anarquista española de principios del siglo XX. Una perspectiva de género y clase”, en *XV Congreso Internacional de AHILA. 1808-2008: Crisis y Problemas en el Mundo Atlántico*. Universiteit Leiden. Leiden. sp.
- JIMÉNEZ LUCENA, I., RUIZ SOMAVILLA, M<sup>a</sup>.J. y CASTELLANOS GUERRERO, J. (2002): “Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 54 (1). CSIC. Madrid. pp. 201-218.
- LABISCH, A. (1985): “Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of ‘Health’ and the ‘Homo Hygienicus’”, en *Journal of Contemporary History*, 20. Sage Publications. pp. 599-615.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1973): *La medicina actual*. Seminarios y Ediciones. Madrid.
- (1981): *Más de cien españoles*. Planeta. Barcelona.
- LINARES DÍAZ, ? (1933): “Preventorios y escuelas al aire libre”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 137-143.

- LÓPEZ-ESCOBAR, E. y LOZANO, P. (2003): *Eduardo Ortiz de Lándazuri. El médico amigo*. Rialp. Madrid.
- LÓPEZ KELLER, E. (1990): “Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio”, en VV.AA.: *Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. pp. 137-160.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M<sup>a</sup>. (1984): “Los estudios histórico-sociales sobre la medicina”, en E. Lesky (ed.): *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 9-30.
- (2002): *La medicina en la historia*. La Esfera de los Libros. Madrid.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M<sup>a</sup>. y TERRADA, M<sup>a</sup>.L. (1990): *Bibliographia medica hispanica, 1475-1950. Volumen VIII: Revistas, 1736-1950*. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Valencia.
- LÓPEZ YEPES, A., GARCÍA FERNÁNDEZ, E.C. y CARBALLO SÁNCHEZ, A. (1996): *Enciclopedia del cine español*. CD-ROM. Micronet. Madrid.
- LUENGO LÓPEZ, J. (2005): “Anhelos femeninos en el alba publicista del siglo XX: análisis periodístico de la ciudad de Castellón y su provincia”, en R. López *et al.* (eds.): *La publicidad local. III Congreso de Comunicación Local*. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana. pp. 207-216.
- MCKEOWN, T. y LOWE, C.R. (1974): *An Introduction to Social Medicine*. Blackwell Scientific Publications. Oxford.
- MAESTRO, M. (1944): *Los seguros sociales en España*. Instituto Nacional de Previsión. San Sebastián.
- MALERBE, P. (1986): “La dictadura”, en M. Tuñón de Lara (dir.): *Historia de España. Tomo 9: La crisis del Estado: dictadura, república, guerra (1923-1939)*. Labor. Barcelona. pp. 9-104.
- MALO DE POVEDA ÉCIJA, B. (1906): *Asociación Antituberculosa Española. Junta Central. Trabajos y éxitos de la Asociación desde que se constituyó hasta la creación oficial de la Comisión permanente contra la tuberculosis*. Librería editorial de Bailly-Baillière e Hijos. Madrid.
- (1908): *Misión de la mujer en la lucha contra la tuberculosis*. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Madrid.
- (1912a): “Memoria de Secretaría leída por el Secretario general, Dr. Malo de Poveda, en la sesión inaugural del curso de 1908-1909, celebrada el 9 de Diciembre de 1908”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 153-162.
- (1912b): “Memoria de Secretaría para ser leída por el Secretario general, Dr. Malo de Poveda, en la sesión inaugural del curso de 1909-1910”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 171-179.
- (1912c): “Organización oficial antituberculosa de España. Extracto de la organización oficial

- contra la tuberculosis”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 191-200.
- (1912d): “Colonias escolares”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 217-218.
  - (1912e): “Estatutos del Comité Femenino de Higiene Popular”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 385-390.
  - (1912f): “Memoria de Secretaría para ser leída por el Secretario general, Dr. Malo de Poveda, en sesión inaugural de 1910-1911”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Campaña Oficial en 1911. V*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 5-46.
  - (1912g): “Memoria del Visitador general de Dispensarios e Instituciones antituberculosas, Dr. Malo de Poveda, leída y aprobada en Junta de la Comisión Ejecutiva el 8 de Abril de 1912”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Campaña Oficial en 1911. V*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 47-76.
  - (1912h): *El deber antituberculoso. Manual de fisiología popular*. Tipografía de Arch., Bibl. y Museos. Madrid.
  - (1912i): *Alcance social de los sanatorios. Tuberculosis y matrimonio. De cuti-reacción diagnóstica*. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Madrid.
  - (1912j): “Tuberculosis y matrimonio”, en Junta organizadora del Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis: *Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis*. Tomo I. Imprenta del Hospicio Provincial. Zaragoza. pp. 415-419.
  - (1913): *Amor y conciencia*. Imprenta y Librería de Nicolás Moya. Madrid.
  - (1919): *La lucha contra la tuberculosis en España*. Imprenta de “Alrededor del Mundo”. Madrid.
  - (1920): *Manual de fisiología popular*. Imprenta y librería de Nicolás Moya. Madrid.
- MARCO IGUAL, M. (2009): “Los médicos republicanos españoles exiliados en la Unión Soviética”, en *Medicina & Historia*, 1. Fundación Uriach 1838. Barcelona. pp. 1-15.
- MARÍN MARTÍNEZ, J.M<sup>a</sup>. (2011): “Introducción”, en P. Baroja: *Aurora roja*. Cátedra. Madrid. pp. 11-127.
- MÁRQUEZBLASCO, J. (1947): “La estreptomycin. Estado actual del problema de sus aplicaciones terapéuticas, especialmente en la tuberculosis”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 143. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 145-158.
- MARTÍNEZ ANTONIO, F.J. (2009): “Imperio enfermizo. La singular mirada mórbida del primer franquismo en los documentales médicos sobre Marruecos y Guinea”, en *Medicina & Historia*, 4. Fundación Uriach 1838. Barcelona. pp. 2-15.
- (2012): “La medicina y la sanidad en el Protectorado español en Marruecos”, en *Awraq. Revista de análisis y pensamiento sobre el mundo árabe e islámico contemporáneo*, 5-6. Casa Árabe. pp. 135-156.
  - (2013): “En la enfermedad y en la salud: medicina y sanidad españolas en Marruecos (1906-



- 1956)”, en M. Aragón (dir.): *El Protectorado español en Marruecos: la historia trascendida*. Vol. 1: La vertiente científica y educativa. Iberdrola. Bilbao. pp. 363-392.
- MARTÍNEZ-CARRIÓN, J.M., PÉREZ-CASTROVIEJO, P.M., PUCHE GIL, J. y RAMÓN-MUÑOZ, J.M. (2014): “La brecha rural-urbana de la estatura y el nivel de vida al comienzo de la industrialización española”, en *Historia Social*, 80. Fundación Instituto de Historia Social-UNED. Valencia. pp. 35-57.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, J. (1997): “Moldeando el estilo de vida del trabajador: la educación para la higiene y la seguridad laboral en España” (1922-1936)”, en L. Montiel e I. Porras (coord.): *De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Doce Calles. Madrid. pp. 125-137.
- MATÉS BARCO, J.M. (2008): “Empresas, sociedad y servicios públicos: del Estado prestador al Estado regulador”, en *Revista Empresa y Humanismo*, XI (1). Universidad de Navarra. Pamplona. pp. 187-230.
- (2009): “El desarrollo de las redes de agua potable: modernización y cambio en el abastecimiento urbano”, en *Agenda Social*, 3 (1). PPGPS/Universidad Estatal del Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Campos dos Goytacazes. pp. 25-58.
- MATILLA GÓMEZ, V. (1987): *202 biografías académicas*. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.
- MELERO VARGAS, M.A. (2006): “Antequera entre rejas: antequeranos prisioneros de guerra y del franquismo”, en *Congreso Internacional La Guerra Civil Española 1936-1939*. Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales. Madrid: [www.secc.es/media/docs/28\\_4\\_MA\\_Melero.pdf](http://www.secc.es/media/docs/28_4_MA_Melero.pdf) (acceso 4-VIII-2008).
- MEMBIELA Y SALGADO, R. de (1886): *Higiene popular. La cuestión obrera en España, o estado de nuestras clases necesitadas y medios para mejorar su situación*. Imprenta de Jesús L. Alende. Santiago de Compostela.
- MENÉNDEZ SEBASTIAN, P. (2008): “Seguro de enfermedad (y enfermedades profesionales)”, en J. García y M<sup>a</sup>.A. Castro: *La previsión social en España. Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de Seguridad Social*. Universidad de Oviedo: [www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115798.pdf](http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/115798.pdf) (acceso 13-XI-2014).
- MERCADO DE LA CUESTA, F. (1891): *La higiene del obrero*. Imprenta, librería y encuadernación de Agapito Zapatero. Valladolid.
- MESONERO ROMANOS, E. (1920): *La primera Fiesta de la Flor (Día de la Tuberculosis) celebrada en Madrid. 3 de Mayo de 1913. Testimonios que acreditan que se debió a la iniciativa del doctor Eugenio Mesonero Romanos*. Imprenta y Librería de Nicolás Moya. Madrid.
- MESTRE MEDINA, J. (1939): *La vida de tu nene depende de ti, mujer*. Sin editorial. Sin lugar.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN [MG] (c.1944): *Normas sobre características y necesidades de los Sanatorios del Patronato Nacional Antituberculoso*. Vega. Madrid.
- MIRALLES BUIL, C. (2014): *La tuberculose dans l'espace social barcelonais: 1929-1936*. Tesis

doctoral. Université Lumière Lyon 2-Universitat Politècnica de Catalunya. Lyon.

MOLERO MESA, J. (1987): *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

– (1989a): *Historia Social de la Tuberculosis en España (1889-1936)*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.

– (1989b): “La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 9. Universidad de Granada. Granada. pp. 185-223.

– (1990): “Francisco Moliner y Nicolás (1851-1915) y el inicio de la lucha antituberculosa en España”, en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 42 (1). pp. 253-279.

– (1991): “La muerte blanca a examen: nuevas tendencias en la historiografía de la tuberculosis. Reseña ensayo”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 11. Universidad de Granada. Granada. pp. 345-359.

– (1993): “Los sanatorios para tuberculosos”, en *El Médico*, 501. pp. 324-334.

– (1994): “Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14. Universidad de Granada. Granada. pp. 199-225.

– (2001a): “Health and Public Policy in Spain during the Early Francoist Regime (1936-1951): the Tuberculosis Problem”, en I. Löwy y J. Krige: *Images of Disease. Science, Public Policy and Health in Postwar Europe*. Comunidades Europeas. Bruselas. pp. 141-165.

– (2001b): “«¡Dinero para la cruz de la vida!». Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración”, en *Historia Social*, 39. Fundación Instituto de Historia Social-UNED. Valencia. pp. 31-48.

– (2001c): “La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo XX”, en J. Atenza *et al.*: *El Centro Secundario de Higiene rural de Talavera de la Reina. 75 aniversario de una experiencia modernizadora en la Sanidad*. Colectivo de Investigación Histórica Arrabal. Talavera de la Reina. pp. 131-147.

– (2012): “Estrategia y fines de los carteles contra la tuberculosis en la España del siglo XX”, en R. Castejón *et al.* (eds.): *Las Imágenes de la Salud: Cartelismo sanitario en España (1910-1950)*. Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert-CSIC. Alicante. pp. 61-70.

MOLERO MESA, J., JIMÉNEZ LUCENA, I. y MARTÍNEZ ANTONIO, F.J. (2002): “Salud, enfermedad y colonización en el Protectorado español en Marruecos”, en F. Rodríguez y H. de Felipe (eds.): *El Protectorado español en Marruecos. Gestión colonial e identidades*. CSIC. Madrid. pp. 181-216.

MOLERO-MESA, J., JIMÉNEZ-LUCENA y TABERNERO-HOLGADO, C. (2013): “La ‘acción directa’ y el mutualismo en el seno de la Confederación Nacional del Trabajo: la Obra Popular Antituberculosa de Cataluña, 1931-1932”, en *VII Congreso de Historia Social. Mundo del*

- trabajo y asociacionismo en España. Collegia, gremios, mutuas, sindicatos...* Asociación de Historia Social. Madrid. pp. 1-14.
- MOLINER NICOLÁS, F. [1896] (1987): “Aspecto social de la tuberculosis. Discurso leído el día 24 de enero en el Ateneo Científico de Valencia con motivo de la apertura del curso de 1895 a 1896”, en J. Molero: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración* (transcripción parcial). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 69-89.
- (1899): *Liga Nacional contra la Tuberculosis y de Socorro a los Tísicos Pobres. Proyecto de sus estatutos y reglamento*. Establecimiento Tipográfico Domenech. Valencia.
- (1905): *Política pedagógica ejecutiva y práctica*. Tipografía “La Académica”, de Serra Hnos. y Russell. Barcelona.
- MOLINERO RUIZ, C. (2005): *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*. Cátedra. Madrid.
- MORENO GÓMEZ, F. (1989): “La represión en la España campesina”, en J.L. García (ed.): *El primer franquismo. España durante la segunda guerra mundial*. Siglo XXI. Madrid. pp. 189-207.
- MURILLO PALACIOS, F. (1927): “Discurso del Excmo. Sr. Director General de Sanidad”, en Real Patronato Antituberculoso de España: *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1926 a 1927. Año Tercero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 13-15.
- NAYA PÉREZ, J. (1961): “Don Constantino Sánchez Mosquera”, en *Boletín de la Real Academia Gallega*, 339-344. La Coruña. p. 305.
- NAVARRO BLASCO, A. (1933): “Estadísticas”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. p. 197.
- (1935): “Sobre recientes disposiciones en la lucha antituberculosa”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 39. Madrid. pp. 65-66.
- NAVARRO GUTIÉRREZ, R. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 42. Madrid. pp. 156-158.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2014): *Global Tuberculosis Report 2014*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- ORTIZ DE LANDÁZURI, E. (1933): “La colocación en ambiente rural de niños procedentes de focos tuberculosos”, en Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados: *Curso de conferencias radiadas*. Dirección General de Sanidad. Madrid. pp. 63-69.
- OSTEN, P. (2009): “Historicismo disidente. Viviendas y hospitales en el imperio germánico tardío”, en *Lars. Cultura y ciudad*, 15. Iseebooks. Valencia. pp. 33-37.
- PALACIO ATARD, V. (1987): “Presentación: en el centenario de la Comisión de Reformas Sociales”, en VV.AA.: *Actas de los IV Coloquios de Historia. El reformismo social en España: la Comisión de Reformas Sociales*. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Jaén. pp. 9-13.

- PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN, J.A. (1933): “Reflexiones acerca de la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 22. Madrid. pp. 362-369.
- (1943): *Las epidemias de la postguerra. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 28 de marzo de 1943 en la Real Academia de Medicina*. Instituto de España. Madrid.
- (1944): *Importancia social de la Sanidad Pública*. Escuela Social de Madrid. Madrid.
- (1952): “Reflexiones económicas sobre la lucha antituberculosa en España”, en *Enfermedades del tórax. Órgano oficial del Patronato Nacional Antituberculoso*, 1. Patronato Nacional Antituberculoso. Madrid. pp. 5-9.
- (1963): *Medio siglo al servicio de la Sanidad Pública*. Cultura Clásica y Moderna. Madrid.
- PALAO IBÁÑEZ, M<sup>a</sup>.C. (2009): “Una perspectiva social de la tuberculosis en España: 1900-1939”, en *Seminario ‘Salud y ciudades en España (1880-1940)’*. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: [www.academia.edu/329152/A\\_social\\_perspective\\_of\\_tuberculosis\\_in\\_Spain\\_1900-1939](http://www.academia.edu/329152/A_social_perspective_of_tuberculosis_in_Spain_1900-1939) (acceso 5-IX-2009).
- (2012): “La *Revista Española de Tuberculosis* como fuente para el estudio de la lucha antituberculosa durante la Segunda República”, en J.J. Fernández *et al.* (eds.): *Prensa y periodismo especializado V*. Asociación de la Prensa de Guadalajara. Guadalajara. pp. 167-178.
- PASCUA MARTÍNEZ, M. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 41. Madrid. pp. 88-92.
- PATRONATO NACIONAL ANTITUBERCULOSO [PNA] (1947): *Colonias infantiles 1947*. Sáez. Madrid.
- PAYNE, S. G. (1987): *El régimen de Franco. 1936-1975*. Alianza Editorial. Madrid.
- PEÑA NOVO, P. (1933): “Organización de la lucha antituberculosa. Nacional o regional”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 3-8.
- PERDIGUERO GIL, E. (2009): “La salud a través de los medios. Propaganda sanitaria institucional en la España de los años veinte y treinta del siglo XX”, en *Mètode*, 59. Universitat de València. Valencia. pp. 142-151.
- (2012): “Lactancia materna y cuidados médicos: carteles contra la mortalidad infantil”, en R. Castejón *et al.* (eds.): *Las Imágenes de la Salud: Cartelismo sanitario en España (1910-1950)*. Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert-CSIC. Alicante. pp. 23-45.
- PERDIGUERO GIL, E., BALLESTER AÑÓN, R. y CASTEJÓN BOLEA, R. (2007): “Films in Spanish Health Education: The Case of Child Health (1928-1936)”, en *Hygiea Internationalis*, 6(2). International Network for the History of Public Health-Linköping University: [www.ep.liu.se/ej/hygiea/v6/i2/a06/hygiea07v6i2a6.pdf](http://www.ep.liu.se/ej/hygiea/v6/i2/a06/hygiea07v6i2a6.pdf) (acceso 11-XI-2014).
- PERDIGUERO GIL, E. y BERNABEU-MESTRE, J. (1997): “Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana: el papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración”, en L. Montiel e I. Porras (coord.): *De la Responsabilidad Individual*

- a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad.* Doce Calles. Madrid. pp. 55-66.
- PERDIGUERO GIL, E., BERNABEU-MESTRE, J., y ROBLES GONZÁLEZ, E. (1994): “La Salud Pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936)”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14. Universidad de Granada. Granada. pp. 43-75.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2005): *100 figuras de la urología española*. Ed. de autor. Murcia.
- PESADO BLANCO, S. (1916): *Cartilla higiénica popular contra la tuberculosis y el alcoholismo*. Imp. de la Vda. de J. Sagrera. Plasencia.
- PIELTÁIN ÁLVEREZ-ARENAS, A. (2003): *Los hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid.
- PORRAS GALLO, M<sup>a</sup>.I. (1994): *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- (2014): “La poliomielitis en la España franquista: educar e reeducar”, en *Educación en Revista*, 54. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. pp. 71-95.
- PORRAS GALLO, M<sup>a</sup>.I., AYARZAGÜENA SANZ, M., HERAS SALORD, J. de las, BÁGUENA CERVELLERA, M<sup>a</sup>.J. (coords.) (2013): *El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista*. Los libros de la catarata. Madrid.
- PULIDO FERNÁNDEZ, Á. (1901): “Contra la tuberculosis”, *El Imparcial*, 7 de octubre, pp. 1-2.
- (1902): *Sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1916): *La tuberculosis y su profilaxia social*. Imprenta del Asilo de Huérfanos. Madrid.
- QUERALTÓ I ROS, J. (1910): *Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis*. Tipografía La Académica, de Serra Hnos. y Russell. Barcelona.
- QUINTANAS FEIXAS, A. (1997): *Salut i poder en la gènesi de l'home contemporani*. Tesis doctoral. Universitat de Girona. Girona.
- REAL PATRONATO ANTITUBERCULOSO DE ESPAÑA [RPADE] (1925): *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924 a 1925. Año primero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1926): *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1925 a 1926. Año segundo*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1927): *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1926 a 1927. Año tercero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- (1928): *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1927 a 1928. Año cuarto*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- REIG ARMERO, R. (1982): *Obrers i ciutadans. Blasquisme i moviment obrer. València, 1898-1906*. Institució Alfons el Magnànim. Valencia.



- REINICKE, P. (1988): *Tuberkulosefürsorge: der Kampf gegen eine Geissel der Menschheit: dargestellt am Beispiel Berlins 1895-1945*. Deutscher Studien Verlag. Weinheim.
- REVENGA, R. (1901): *La muerte en Madrid. Estudio demográfico*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, S. (1999): *NO-DO: El tiempo y la memoria*. Editorial Complutense. Madrid.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2001): “El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller”, en *Cronos. Cuadernos valencianos de historia de la medicina y de la ciencia*, 4 (1-2). Universidad de Valencia/CSIC. Valencia. pp. 63-79.
- (2008): “La Sanidad en la II República española, 1931-1939”, en J. Atenza *et al.*: *El Centro Secundario de Higiene rural de Talavera de la Reina. 75 aniversario de una experiencia modernizadora en la Sanidad*. Colectivo de Investigación Histórica Arrabal. Talavera de la Reina. pp. 5-12.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MOLERO MESA, J. (1993): “La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud”, en L. Montiel (coord.): *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*. Editorial Complutense. Madrid. pp. 133-148.
- RODRÍGUEZ DE PARTEARROYO, F. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 44. Madrid. pp. 322-324.
- RODRÍGUEZ TRANCHE, R. (2006): “I. NO-DO: memorial del franquismo”, en R. Rodríguez y V. Sánchez-Biosca: *NO-DO: El tiempo y la memoria*. Cátedra-Filmoteca Española. Madrid. pp. 11-233.
- RODRÍGUEZ TRANCHE, R. y SÁNCHEZ-BIOSCA, V. (2006): “Prólogo a la octava edición”, en R. Rodríguez y V. Sánchez-Biosca: *NO-DO: El tiempo y la memoria*. Cátedra-Filmoteca Española. Madrid. pp. IX-XIII.
- ROJÍ ACUÑA, I. (1941): *Preservación de la infancia contra la tuberculosis (Obra Grancher)*. Ministerio de la Gobernación. Madrid.
- ROLLET, C. (2009): “Arquitectura, infancia e higiene. El caso de las ‘crèches’ en la Francia de finales del siglo XIX”, en *Lars. Cultura y ciudad*, 15. Iseebooks. Valencia. pp. 39-45.
- ROMANO, J.: “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas. (Una interesante información de NUEVO MUNDO)”, *España Médica*, nº 568, 15-VII-1929, pp. 16-18.
- RUEDA LAFFOND, J.C. (2015): “Las colecciones populares: literatura de quiosco y tebeos (1939-1975)”, en J. Martínez Martín (ed.): *Historia de la edición en España (1939-1975)*. Marcial Pons. Madrid. pp. 659-680.
- RUILOBA QUECEDO, C. (2014): *Arquitectura sanitaria: sanatorios antituberculosos*. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.
- RUIZ GONZÁLEZ, DAVID (1987): “España 1902-1923: vida política, social y cultural”, en M. Tuñón de Lara (dir.): *Historia de España. Tomo 8: Revolución burguesa, oligarquía y constitucionalismo (1834-1923)*. Labor. Barcelona. pp. 459-527.

- RUIZ-MANJÓN CABEZA, O. (2010): “Alcalá Zamora y Azaña, dos ex presidentes de la República española en el exilio francés”, en F. Martínez *et al.* (eds.): *París, ciudad de acogida. El exilio español durante los siglos XIX y XX*. Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales-Marcial Pons Historia. Madrid. pp. 235-250.
- SALAZAR-AGULLÓ, M., BERNABEU-MESTRE, J., RAMOS-SALAS, E., y GALIANA-SÁNCHEZ, M<sup>a</sup>.E. (2010): “Madres y enfermeras: el modelo de cuidados a la infancia en la colección «Al servicio de España y del niño español» (1938-1964)”, en *Recien. Revista Científica de Enfermería*, 1. Sociedad Científica Española de Enfermería. pp. 1-10.
- SÁNCHEZ-BIOSCA, V. y RODRÍGUEZ TRANCHE, R. (1993): *NO-DO: El tiempo y la memoria*. Filmoteca Española. Madrid.
- SÁNCHEZ OLIVEIRA, E. (2003): *Aproximación histórica al cineasta Francisco Elías Riquelme (1890-1977)*. Universidad de Sevilla. Salamanca.
- SANZ VALERO, M., BUENO CAÑIGRAL, F.J., PÉREZ GOZALVO, M. y LLINARES PICÓ, M. (1999): *Los Dispensarios Antituberculosos en la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana. Valencia.
- SARRIERA Y MILANS, J. de [SOLTERRA, CONDE DE] (1926): “Memoria de la Secretaría General”, en Real Patronato Antituberculoso de España: *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1925 a 1926. Año segundo*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 5-11.
- (1927): “Memoria de la Secretaría. 1926 a 1927”, en Real Patronato Antituberculoso de España: *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1926 a 1927. Año Tercero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 5-11.
- (1928): “Memoria de la Secretaría. 1927 a 1928”, en Real Patronato Antituberculoso de España: *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1926 a 1927. Año Tercero*. Imprenta del Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 5-12.
- SAURET VALET, J. (1990): *La tuberculosis a través de la historia*. Rayma. Madrid
- (2001): “La cura sanatorial de la tuberculosis”, en *Enfermedades Emergentes*, 3 (4). Nexus Médica. Barcelona. pp. 199-205.
- SEELIGER, W. (1988): *Die “Volksheilstätten-Bewegung” in Deutschland um 1900: zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulöse*. München. Profil.
- SEOANE, M<sup>a</sup>.C. y SAIZ, M<sup>a</sup>.D. (2007): *Cuatro siglos de periodismo en España. De los avisos a los periódicos digitales*. Alianza Editorial. Madrid.
- SERRALLONGA URQUIDI, J. (2009): “Reformadores y reaccionarios en la estructura central de Sanidad en España, 1931-1936”, en *Investigaciones históricas, época moderna y contemporánea*, 29. Universidad de Valladolid. pp. 241-264.
- SERRANO SAIZ, J.L. (1992): *La lucha antituberculosa en España: 1939-1975*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- SERRANO RECIO, R. y SERRANO MORÓN, D. (2002): *Toda España era una cárcel. Memoria de los presos del franquismo*. Aguilar. Madrid.

- SIERRA Y ZAFRA, F. (1912): *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*. Imprenta y Encuad. de V. Tordesillas. Madrid.
- SMITH, F.B. (1988): *The Retreat of Tuberculosis 1850-1950*. Croom Helm. Londres.
- SOLEY Y GELY, V. (1904): *Lucha contra la tuberculosis*. Academia de Higiene de Cataluña. Barcelona.
- (1910): “Memoria de la Secretaría General”, en Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis: *Memorias leídas en la Junta general ordinaria de Asociados celebrada en 28 febrero 1910*. Imprenta de Francisco Badia. Barcelona. pp. 7-12.
- (1912): “Estado actual de la lucha antituberculosa en Barcelona”, en Junta organizadora del Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis: *Primer Congreso Nacional contra la Tuberculosis*. Tomo II. Imprenta del Hospicio Provincial. Zaragoza. pp. 42-51.
- SOMOLINOS PALENCIA, J. (1986): “Reminiscencias de un exilio”, en VV.AA.: *Los médicos y la Medicina en la Guerra Civil española*. Saned. Madrid.
- SUGRAÑES BARDAGÍ, F. (1911): *Cartilla contra la tuberculosis*. Imprenta Inglada & Comp<sup>a</sup>. Barcelona.
- TABERNERO HOLGADO, C, JIMÉNEZ-LUCENA, I. y MOLERO-MESA, J. (2012): “Film, Medicine and Empire: inclusion-exclusion practices and discourses in Spanish medical-colonial documentaries of the 1940s”, en A. Roca-Rosell (ed.): *The Circulation of Science and Technology: Proceedings of the 4<sup>th</sup> International Conference of the ESHS. Barcelona: 18-20 November 2010*. SCHAT-IEC. Barcelona. pp. 1.159-1-165.
- TABERNERO HOLGADO, C. y PERDIGUERO-GIL, E. (2011): “El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad”, en *Revista de medicina y cine*, 7 (2). Universidad de Salamanca. pp. 44-53.
- TAPIA MARTÍNEZ, M. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 41. Madrid. pp. 84-87.
- TELLER, M.E. (1988): *The Tuberculosis Movement. A Public Health Campaign in the Progressive Era*. Greenwood Press. Westport.
- TOLOSA LATOUR, M. (1912): “La protección a la infancia y la lucha antituberculosa”, en Comisión Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. p. 384.
- (1914): “Los Sanatorios marítimos. Su importancia en la lucha contra la tuberculosis”, en VV.AA.: *Tercer Congreso español de la tuberculosis. Segundo con carácter internacional celebrado en San Sebastián del 9 al 16 de Septiembre de 1912*. Tomo II. Sociedad Española de Papelería. San Sebastián. pp. 345-358.
- TORRES GOST, J. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 41. pp. 93-97.
- RODRÍGUEZ TRANCHE, R. y SÁNCHEZ-BIOSCA, V. (2006): *NO-DO: El tiempo y la memoria*. Cátedra-Filmoteca Española. Madrid.
- ULECIA CARDONA, R. (1912): “Consultorio de niños de pecho y gota de leche”, en Comisión

- Permanente contra la Tuberculosis: *La Lucha contra la tuberculosis en España*. Ministerio de la Gobernación. Madrid. pp. 201-203.
- URQUIJO GOITIA, J.R. (2004): *Diccionario biográfico de los ministros españoles en la edad contemporánea (1808-2000)*, en [http://humanidades.cchs.csic.es/ih/paginas/jrug/diccionario/index\\_dic.htm](http://humanidades.cchs.csic.es/ih/paginas/jrug/diccionario/index_dic.htm) (acceso 16-VIII-2015).
- USEROS FERNÁNDEZ, J.L. y ZAPATERO VILLALONGA, E. (1986): *La tuberculosis pulmonar en Valladolid. Estudio de la influencia de los factores sociales, políticos, económicos y sanitarios en su evolución. 1900-1984*. Ayuntamiento de Valladolid. Valladolid.
- VALDÉS LAMBEA, J. (1923): *Cartilla contra la tuberculosis*. Imprenta de la Fábrica. Trubia.
- (1929): *Tuberculosos y no tuberculosos: libro de cultura antituberculosa*. Eds. Morata. Madrid.
- (1930): “Sección bibliográfica”, en *Revista Española de Tuberculosis*, 3. Madrid. pp. 413-414.
- VALLEJO POUSADA, R. (1996): “El impuesto de consumos y la resistencia antifiscal en la España de la segunda mitad del siglo XIX: un impuesto no exclusivamente urbano”, en *Revista de Historia Económica*, 14 (2). Universidad Carlos III-Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. pp. 339-370.
- VERDES MONTENEGRO, J. (1935): “Opiniones sobre la organización de la lucha antituberculosa en España”, en *Revista Española de Tuberculosis*, pp. 155-156.
- VILLANUEVA EDO, A. (1990): *75 aniversario del dispensario Ledo-Arteche*. Bilbao Bizkaia Kutxa. Bilbao.
- VILLAR ESPARZA, C. (1993): “El folklore del gato”, en *Revista de Folklore*, 150. Fundación Joaquín Díaz. Valladolid. pp. 211-216.
- VV.AA. (1914): *Tercer Congreso español de la tuberculosis, segundo con carácter internacional, celebrado en San Sebastián del 9 al 16 de Septiembre de 1912*. Tomo II. Sociedad Española de Papelería. San Sebastián.
- (2011): *Casas baratas, 1911. Centenario de la primera ley*. Ministerio de Fomento. Madrid.
- WELSHMAN, J. y BASHFORD, A. (2006): “Tuberculosis, Migration and Medical Examination: Lessons from History”, en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (4). BMJ. pp. 282-284.
- XALABARDER SERRA, E. (1910): “Memoria de la Comisión de Dispensarios”, en Patronato de Cataluña para la Lucha contra la Tuberculosis: *Memorias leídas en la Junta general ordinaria de Asociados celebrada en 28 febrero 1910*. Imp. de Fco. Badia. Barcelona. pp. 13-20.





## **6. ANEXOS**

### **6.1. SANATORIO *PORTA COELI* (VALENCIA), c.1899-1902**

*Archivo General de Palacio, Álbum de sanatorio Porta Coeli*



— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163099



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163100



— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 101



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163103





— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163104



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163105

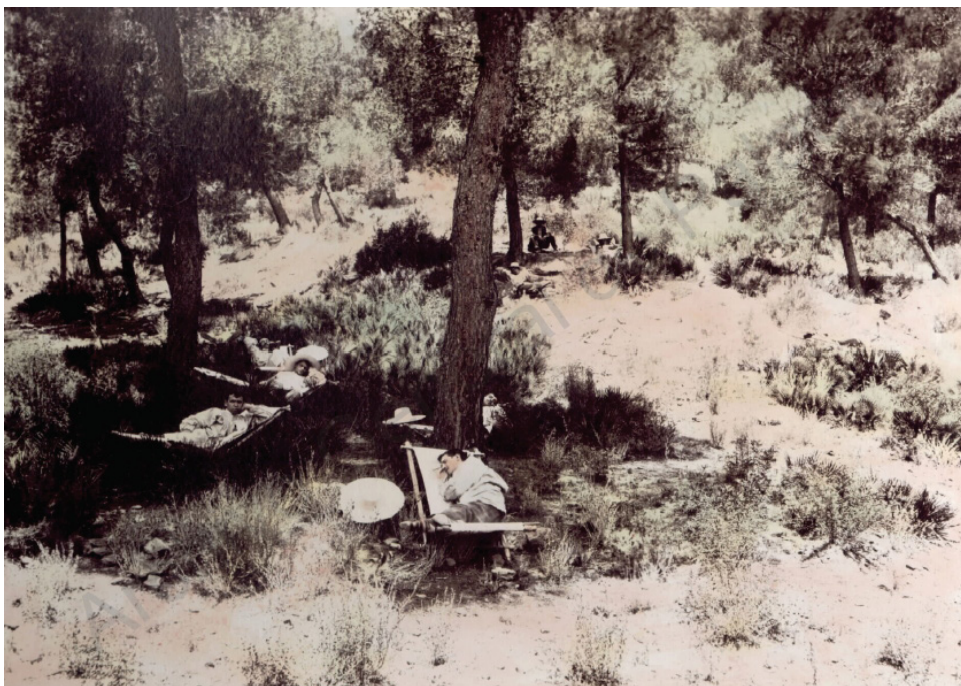


— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163106



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163107





— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163108



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163109



— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163110 (detalle)



.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163111





— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163113

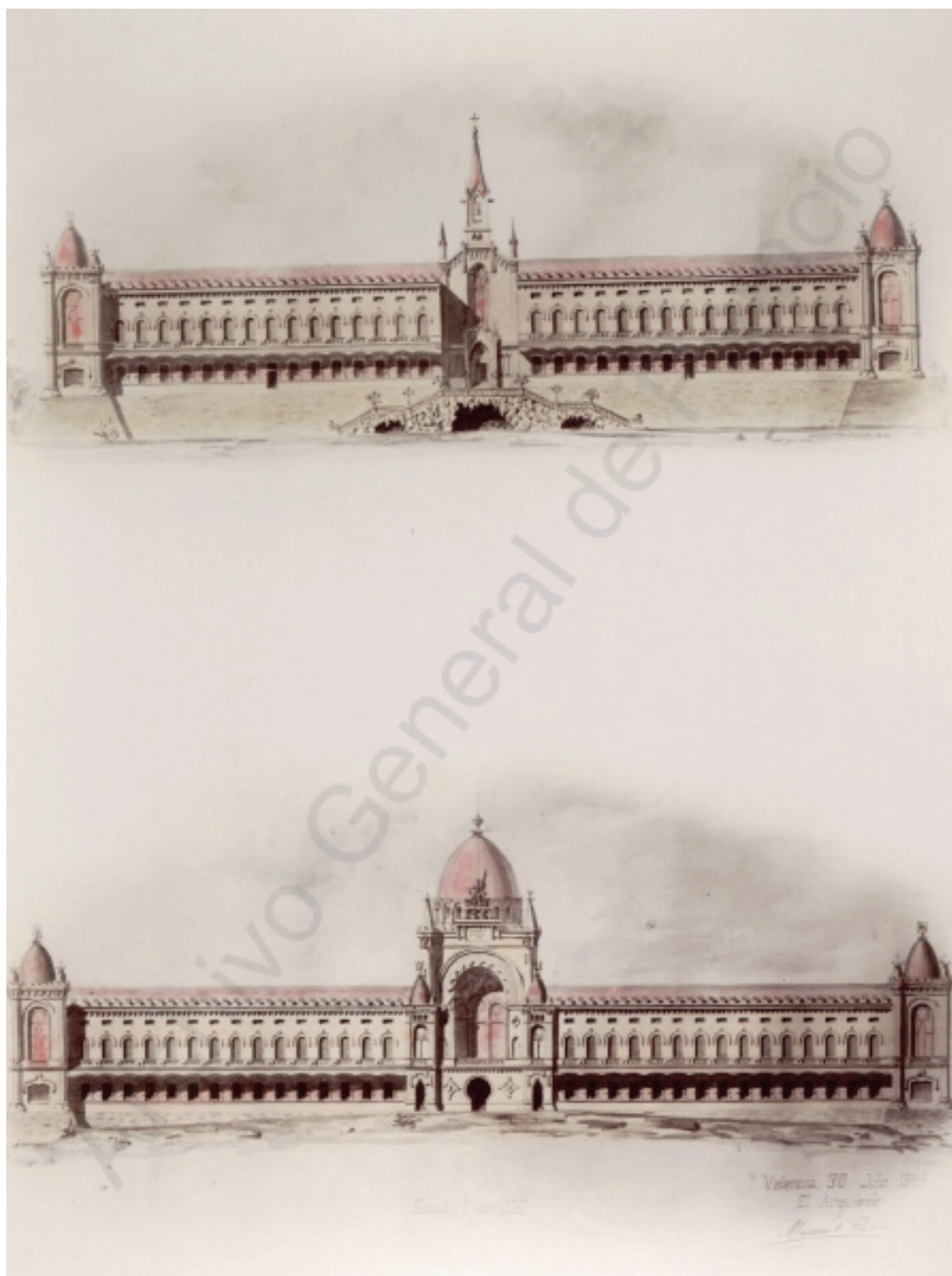


.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163114



— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163115





.— AGP, Álbum de sanatorio Porta Coeli, nº FO 10163116



**6.2. REAL DISPENSARIO DE VICTORIA EUGENIA (MADRID),  
POSTERIOR A 1908**

*Archivo General de Palacio, Imágenes del Real Dispensario de Victoria Eugenia*



— AGP, *Imágenes del Real Dispensario de Victoria Eugenia*, nº FO 10089993



.— AGP, *Imágenes del Real Dispensario de Victoria Eugenia*, nº FO 10089994



— AGP, Imágenes del Real Dispensario de Victoria Eugenia, nº FO 10089995



.— AGP, Imágenes del Real Dispensario de Victoria Eugenia, nº FO 10089996



### **6.3. VISITA DE VICTORIA EUGENIA AL REAL DISPENSARIO (MADRID), POSTERIOR A 1908**

*Archivo General de Palacio, Imágenes de la visita de la reina*

*Victoria Eugenia al Real Dispensario*

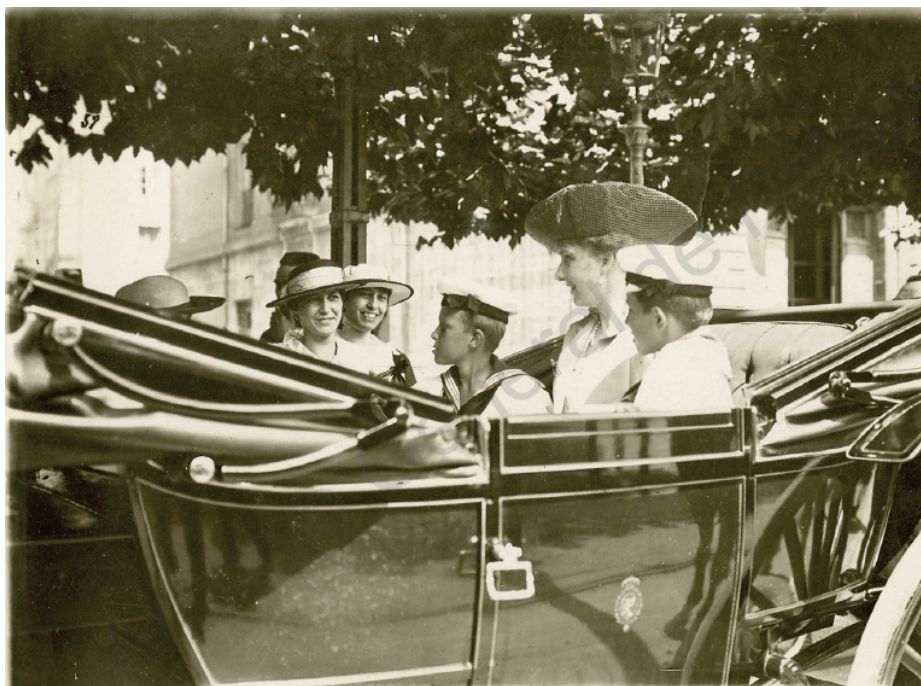




— AGP, *Imágenes de la visita de la reina Victoria Eugenia al Real Dispensario*, nº FO 10161015

#### **6.4. ALFONSO XIII: IMÁGENES DEL *DÍA DE LA FLOR***

*Archivo General de Palacio, Imágenes del día de la Flor*



— AGP, *Imágenes del día de la Flor*, nº FO 10213564



.— AGP, *Imágenes del día de la Flor*, nº FO 10213576





— AGP, Imágenes del día de la Flor, nº FO 10214820



.— AGP, Imágenes del día de la Flor, nº FO 10214821. Detalle de Alfonso XIII.



— AGP, *Imágenes del día de la Flor*, nº FO 10214823



.— AGP, *Imágenes del día de la Flor*, nº FO 10214901





— AGP, Imágenes del día de la Flor, nº FO 10214903



.— AGP, Imágenes del día de la Flor, nº FO 10214904



## 7. ÍNDICE DE FIGURAS

- Fig. 1.— *Número de fallecidos y tasas de mortalidad por tuberculosis por 100.000 habitantes durante el periodo 1901-1952 en España (Del Campo, 1954: 449s).*
- Fig. 2.— *Evolución oficial del número de fallecidos por tuberculosis durante el periodo 1901-1952 en España (Del Campo, 1954: 449s) y estimaciones de la mortalidad real según Fatás (1905: 25), Camino (1914: 5), Pulido (1916: 11), Malo de Poveda (1919: 2), Codina (1925: 10) y Abelló (1936: 39).*
- Fig. 3.— *Razón de defunciones en varones a 100 defunciones en mujeres fallecidas por tuberculosis pulmonar entre 1921 y 1950 en España (Del Campo, 1954: 461).*
- Fig. 4.— *Mortalidad por tuberculosis y sexos entre 1921 y 1945 en España (Benítez, 1950, graf. 3).*
- Fig. 5.— *Distribución provincial de la mortalidad por tuberculosis en 1914. Tasas por 100.000 habitantes (RPAD, 1925).*
- Fig. 6.— *Fotografía de una farmacia de Madrid en 1952, en la que se anuncia la venta de estreptomicina, entre otros fármacos (Agencia EFE, 2013: 77).*
- Fig. 7.— *Tasas de mortalidad media y anual por tuberculosis en Inglaterra y Gales durante los siglos XIX y XX (McKeown y Lowe, 1974: 8, fig. 4).*
- Fig. 8.— *Índice estimado de nuevos casos de tuberculosis detectados en el mundo en 2013 (OMS, 2014: 34).*
- Fig. 9.— *Índice estimado de la prevalencia del VIH-Sida en nuevos casos de tuberculosis y recaídas en el mundo en 2013 (OMS, 2014: 33).*
- Fig. 10.— *España peninsular y norteafricana, Canarias y Baleares en la primera mitad del siglo XX.*
- Fig. 11.— *Algunos tipos de fuentes utilizados durante la investigación.*
- Fig. 12.— *Interior de una subvivienda en la muralla de Lérida, 1928. Foto: Corella, Archivo del Ministerio de Fomento (Arias, 2009: 26).*
- Fig. 13.— *Portada de Amor y Conciencia, obra de teatro escrita por Malo de Poveda (1913) en la que intentaba ejemplificar las terribles consecuencias de los matrimonios tuberculosos.*
- Fig. 14.— *Aspecto de un grupo de casas y habitantes del barrio de Las Injurias, situado entre los actuales paseos de Acacias y Yserías y uno de los más pobres de Madrid, en 1909. Foto: [www.flickr.com/photos/32513660@N00/4327070323/in/album-72157630583508524](http://www.flickr.com/photos/32513660@N00/4327070323/in/album-72157630583508524) (acceso 26-X-2015). Según ABC (“Desaparición de un Barrio. Las Injurias”, 11-IX-1906, p. 9), el Ayuntamiento de la capital anunció su derribo en 1906. Sin embargo, otra noticia del mismo diario (“Notas municipales”, 26-II-1909, p. 9) demuestra que no era sencillo acabar con estos focos de pobreza extrema, puesto que todavía se estaban produciendo desalojos en esta zona 1909.*
- Fig. 15.— *Distribución de la mortalidad en los distritos y barrios de Madrid en 1914. Tasas por 1.000 habitantes (RPAD, 1925).*
- Fig. 16.— *Fotograma del documental de educación sanitaria Tuberculosis pulmonar (Bravo, 1942), en el que se muestra la triada perniciosa del ambiente tabernario: alcohol, tabaco y juego. El cliente habitual es el obrero, como puede apreciarse por la vestimenta de los protagonistas.*

- Fig. 17.— *Evolución del presupuesto de sanidad en España 1850-1902. Incluye Sanidad Exterior, Real Consejo de Sanidad, Instituto Nacional de Alfonso XIII y Dirección General de Sanidad. Gráfica sobre datos de Pulido (1902: 68).*
- Fig. 18.— *José Castillejo, secretario permanente de la Junta para Ampliación de Estudios, y Wickliffe Rose, director general de la International Health Board de la Fundación Rockefeller. Gracias a su buena sintonía con Rose, Castillejo desempeñó un papel decisivo en el establecimiento de un marco de colaboración estable entre la Fundación y la Administración española, que se sustanció en 1922 (Rodríguez Ocaña: 2001, 63). Fotos: [www.abc.es/local-toledo/20121218/abci-pensionados-erasmus-edad-plata-201212182258.html](http://www.abc.es/local-toledo/20121218/abci-pensionados-erasmus-edad-plata-201212182258.html) y [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a0/Portrait\\_of\\_Wickliffe\\_Rose.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/a0/Portrait_of_Wickliffe_Rose.jpg) (acceso 18-X-2015).*
- Fig. 19.— *Antonio Espina y Capo, iniciador de la lucha antituberculosa en España. Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. En: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).*
- Fig. 20.— *Portada del primer tomo de la Revista de Higiene y Tuberculosis, correspondiente a 1905 (Cánovas et al., 2005: 197).*
- Fig. 21.— *“D. Bernabé Malo de Poveda Écija: benefactor de Montalbo”, una de las principales figuras de la lucha antituberculosa durante la Restauración. Pintura: Antonio Escamilla Cid (Montalbo, 2013). [http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCEM/med/archivo/ficha\\_medico.php?id\\_medico=1543](http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCEM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=1543) (acceso el 21-X-2015).*
- Fig. 22.— *Caricatura de Álvaro de Figueroa Torres, conde de Romanones, en un anuncio de los jabones Peca Cura. El texto publicitario al pie condensa con ironía la política liberal de Romanones por modernizar España desde la élite en el campo de la higiene a principios del siglo XX. Postal: Nuestros políticos y la Peca Cura: Conde de Romanones (Cortés Hermanos, c1910-1920). Biblioteca Digital Hispánica, EPH/608(2).*
- Fig. 23.— *Amalio Gimeno, ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes entre 1911 y 1912 y presidente de la Liga Popular contra la Tuberculosis, fundada en este último año. Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).*
- Fig. 24.— *El Dr. Amalio Gimeno caricaturizado en su doble faceta de médico y político (Fernández, 2001: 226).*
- Fig. 25.— *José Codina Castellví (1867-1934). Foto: Díaz-Rubio (2003: 38).*
- Fig. 26.— *José Verdes Montenegro, fundador del primer dispensario antituberculoso de España, en 1901, y director general de Sanidad por dos ocasiones durante la Segunda República. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).*
- Fig. 27.— *Ángel Pulido Fernández, director general de Sanidad entre 1901 y 1902. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).*
- Fig. 28.— *Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, rebautizado a partir de la II República como dispensario de Universidad, por el nombre del distrito madrileño en el que se ubicaba. Foto: Benítez, 1945.*
- Fig. 29.— *Inauguración del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina (Madrid), con la presencia de Alfonso XIII y la reina Victoria Eugenia. Foto: [www.bancodeimagenesmedicina.es](http://www.bancodeimagenesmedicina.es) (acceso 20-X-2015).*
- Fig. 30.— *Fachada del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina (Madrid), dirigido por J. Verdes Montenegro. Foto: Anónimo, 1909: s.p.*
- Fig. 31.— *Establecimientos antituberculosos de España en 1918. Tabla y gráfica en página anterior. Sobre datos de Malo de Poveda (1919: 11).*
- Fig. 32.— *Situación de los dispensarios antituberculosos de la Mancomunidad de Cataluña en Barcelona (Berenguer, 2011: 34, fig. 5.23).*
- Fig. 33.— *Servei d'assistència social als Tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya en la calle Radas (Barcelona) (Berenguer, 2011: 34, fig. 5.23).*
- Fig. 34.— *Luis Sayé (1888-1975). Foto: Díaz-Rubio (2003: 172).*
- Fig. 35.— *Establecimientos antituberculosos de España en 1927. Tabla en página anterior. Sobre datos del RPADE (1928: 39-40).*
- Fig. 36.— *Instituto Antituberculoso de Peñuelas (Madrid, 1930) en el día de su inauguración. F.H.: “El Instituto Antituberculoso de las Peñuelas”, España Médica, I-XII-1930, p. 25.*
- Fig. 37.— *José Chabás Bordehore (Barona, 2007, 86).*
- Fig. 38.— *Jaime Ferrán y Clua (1852-1929) (Fernández, 2001: 222).*



- Fig. 39.— *El hombre sano y el hombre tísico, según Sugrañes (1911).*
- Fig. 40.— *Cartel antituberculoso creado por J. Verdes Montenegro. c.1900. En <http://cloud2.todocoleccion.net/carteles/tc/2013/11/02/19/39780579.jpg> (acceso 4-X-2015).*
- Fig. 41.— *La tuberculosi amenaça la vida i la riquesa de Catalunya. Ramón Casas, 1929 (Biblioteca Nacional, CART.P/278).*
- Fig. 42.— *En la foto superior, retrato del Dr. Moliner. En la inferior, Moliner saluda desde el balcón de su casa, en Valencia, a los seguidores que le aclaman tras un viaje a Madrid para lograr financiación pública para Porta Coeli. “El viaje del doctor Moliner”, Blanco y Negro, 6-I-1900, p. 10.*
- Fig. 43.— *Portada del primer número de Porta-Coeli. Periódico propagandístico del sanatorio para tísicos pobres.*
- Fig. 44.— *Monumento a la caridad irigido en el sanatorio de Porta Coeli (Valencia). Foto: Archivo General de Palacio, Álbum del sanatorio Porta Coeli, n° FO 10163112.*
- Fig. 45.— *Enfermos de Porta Coeli haciendo cura al aire libre Foto: Archivo General de Palacio, Álbum del sanatorio Porta Coeli, n° FO 10163110.*
- Fig. 46.— *Fotografía del banquete que ofrecieron Blasco Ibáñez y los doctores Moliner, Dómine y Candela a Pardo Bazán en el sanatorio de Porta Coeli, en enero de 1900 (“La Sra. Pardo Bazán en Valencia”, Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 11).*
- Fig. 47.— *Fotografía de familia durante la visita de Pardo Bazán al sanatorio de Porta Coeli, en enero de 1900 (“La Sra. Pardo Bazán en Valencia”, Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 12).*
- Fig. 48.— *Vista de los pinares anexos al sanatorio de Porta Coeli, en el que los pacientes hacen cura de reposo al aire libre (“La Sra. Pardo Bazán en Valencia”, Blanco y Negro, 13-I-1900, p. 11).*
- Fig. 49.— *El Dr. Ángel Pulido caricaturizado como médico comprometido, polifacético y ambicioso (Fernández, 2001: 238).*
- Fig. 50.— *Caricatura de Pablo Iglesias, fundador del PSOE, en un anuncio de los jabones Peca Cura. El texto publicitario, aunque no alude a la lucha antituberculosa directamente, ridiculiza a principios del siglo XX las demandas obreras e invita a los socialistas a unirse a la revolución del aseo personal. Postal: Nuestros políticos y la Peca Cura: Pablo Iglesias (Cortés Hermanos, c1910-1920). Biblioteca Digital Hispánica, EPH/608(6).*
- Fig. 51.— *Alfonso XIII y la reina Victoria Eugenia, asediados por las postulantes en el Día de la Flor en la calle Mayor de Madrid. Foto: “La Fiesta de la Flor en Madrid. El automóvil de SS.MM. al pasar por la calle Mayor, asaltado por distinguidas postulantes”, ABC, 3-VI-1917, p. 1.*
- Fig. 52.— *Alfonso XIII asaltado por postulantes en el Día de la Flor en Madrid. Foto: Archivo General de Palacio, Imágenes del día de la Flor, n° FO 10214821 y FO 10214822.*
- Fig. 53.— *Niños madrileños con rumbo al sanatorio antituberculoso de Pedrosa, en 1916. Foto: “Una expedición infantil”, Blanco y Negro, 16-VII-1916, p. 11.*
- Fig. 54.— *Enfermos de ambos sexos en las galerías de cura del sanatorio antituberculoso de Valdelatas, en 1920. Foto: “Real Sanatorio Victoria Eugenia de Valdelatas”, ABC, 3-VI-1920, p. 6.*
- Fig. 55.— *Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1920. “Madrid. La Fiesta de la Flor”, ABC, 8-VI-1920, p. 4.*
- Fig. 56.— *Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1922. “Madrid. La Fiesta de la Flor”, ABC, 27-V-1922, p. 5.*
- Fig. 57.— *Fotocomposiciones realizadas con imágenes de las participantes en la Fiesta de la Flor de Madrid, 1925. “Madrid en la Fiesta de la Flor”, ABC, 9-VI-1925, p. 1.*
- Fig. 58.— *Manuel Tapia Martínez (1895-1971). Foto: Díaz-Rubio (2008: 184).*
- Fig. 59.— *G.K. Strode, miembro del International Health Board de la Fundación Rockefeller; fue el enlace de la institución con la Administración española para el desarrollo de diversos programas de ayuda a la modernización de la sanidad durante la Segunda República (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008: 311ss). Foto: 100 Years: The Rockefeller Foundation. [www.rockefellerfoundation.org/blog/when-problem-meets-solution](http://www.rockefellerfoundation.org/blog/when-problem-meets-solution) (acceso 18-X-2015).*
- Fig. 60.— *Relación de los directores generales de Sanidad durante la Segunda República.*
- Fig. 61.— *Marcelino Pascua (1897-1977). Foto: “El primer embajador de España en la Unión Soviética”, ABC, 23-IX-1936. Portada. Detalle.*
- Fig. 62.— *Situación de los sanatorios antituberculosos dependientes del Estado en 1933. Tabla en página anterior. Sobre datos*



*del Anuario Estadístico de España (1934).*

- Fig. 63.— *Red de sanatorios antituberculosos del Estado y de entidades particulares subvencionadas en 1936. Estas últimas, de las que no podemos especificar su orientación terapéutica concreta, aparecen marcadas con asterisco. Sobre datos de Buendía (2010: 279).*
- Fig. 64.— *Julio Bravo Sanfeliu, nombrado jefe de la Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad en 1933. Foto: [www.encyclopediaragonesa.com/recurso.asp?recurso\\_id=1586](http://www.encyclopediaragonesa.com/recurso.asp?recurso_id=1586) (acceso 7-X-2015).*
- Fig. 65.— *Distintos modelos de cartel utilizados durante la Segunda República según el tipo de mensaje (Molero, 2012: 68).*
- Fig. 66.— *«Junta Provincial de Lucha Antituberculosa. Valencia. Dad diez céntimos para salvar la vida de los tuberculosos». CDMH, PS-CARTELES, 2124. Canet, 1932.*
- Fig. 67.— *«Lucha antituberculosa de España. Dispensario oficial antituberculoso de San Sebastián. Donostia'ko tuberkulosis aurkako senda-lekua», en [www.txikizabalo.com/buscabi.php?id=138](http://www.txikizabalo.com/buscabi.php?id=138) (acceso 29-IX-2009).*
- Fig. 68.— *José Valdés Lambea (1888-1969). Foto: Díaz-Rubio (2008: 188).*
- Fig. 69.— *Antonio Crespo Álvarez (1891-1972). Retrato: Díaz-Rubio (2014: 52).*
- Fig. 70.— *Tomás de Benito atiende en su despacho a la periodista de ABC, con la que departe animadamente. “Una visita al primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, creado en Madrid, “Amparo Landa”. Cura de un mal incurable. El problema médico-social de la tuberculosis. La B.C.G.”, ABC, 4-V-1934, p. 9.*
- Fig. 71.— *La autora del reportaje, Blanca Silvera-Armesta, toma entre sus brazos al niño mientras la enfermera le administra la vacuna. “Una visita al primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, creado en Madrid, “Amparo Landa”. Cura de un mal incurable. El problema médico-social de la tuberculosis. La B.C.G.”, ABC, 4-V-1934, p. 9.*
- Fig. 72.— *Fotografía tomada en la vivienda visitada en la ciudad de Toledo. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 2-II-1935, pp. 7.*
- Fig. 73.— *“El niño enfermo come en la misma cazuela que sus hermanos. ¡El contagio es inevitable!”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 6.*
- Fig. 74.— *“En esta habitación sin aire y sin luz duermen el niño tuberculoso y uno de sus hermanos.”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 7.*
- Fig. 75.— *“Esta ficha dice más que cuanto pudiéramos decir nosotros”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 6.*
- Fig. 76.— *“Facsímil de la ficha proporcionada por el Dispensario”. “Lucha antituberculosa en España”, ABC, 20-XI-1935, p. 7.*
- Fig. 77.— *Territorios controlados por el Gobierno de la Segunda República (lila) y por el bando sublevado (rosa) en julio de 1938.*
- Fig. 78.— *“Labor sanitaria del Gobierno de la República. Progresión de camas de camas para enfermos tuberculosos. Acudir a los dispensarios antituberculosos para beneficiaros de esta labor” (Anónimo, 1938). AGGC, PS-CARTELES, 199. 1938-...*
- Fig. 79.— *“Labor sanitaria del Gobierno de la República. Progresión de camas de camas para enfermos tuberculosos. Esta es la obra que en beneficio del pueblo realiza el Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad” (Anónimo, 1938). AGGC, PS-CARTELES, 1214. 1938-...*
- Fig. 80.— *“Proporción de camas para enfermos tuberculosos. La guerra significa luchar por la salud y la fortaleza de los españoles y de sus hijos”. CDMH, PS-CARTELES, 430\_1938.*
- Fig. 81.— *Distintas series de sellos emitidos durante el Franquismo como sobretasa dedicada a la lucha antituberculosa.*
- Fig. 82.— *Sanatorios, enfermerías y preventorios del PNA en 1940 (Serrano, 1992: 79ss).*
- Fig. 83.— *Aumento de camas en sanatorios antituberculosos entre 1939 y 1948 según Benítez Franco (1950: 222, graf. 34).*
- Fig. 84.— *Jose Alberto Palanca Martínez-Fortún (1888-1973). Foto: Banco de imágenes de la medicina española. Real Academia Nacional de Medicina. En: [www.bancodeimágenesmedicina.es](http://www.bancodeimágenesmedicina.es) (acceso 26-X-2015).*

Fig. 85.— Ejemplos del ideario de promoción de la salud infantil del Franquismo: la mujer como única responsable del cuidado del niño y responsable de dar a la patria sanos y fuertes. A la izquierda: página del manual de puericultura para madres *La vida de tu nene depende de ti, mujer*, de la colección “Al servicio de España y del niño español” (Mestre, 1939). A la derecha: cartel de principios de los años 50 en el que la mujer, además, es tildada de ignorante y, por tanto, debe ser educada para ser madre (Bravo, 1951: s.p.).

Fig. 86.— Aspecto exterior y del interior del coche-dispensario para ferroviarios. Fotogramas de *El tren* (Bravo, 1940).

Fig. 87.— Cartilla contra la tuberculosis (Sugrañes, 1911).

Fig. 88.— Representación simbólica de las preocupaciones del trabajador tuberculoso. Fotogramas de *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942).

Fig. 89.— Este fotograma de *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942) refleja explícitamente la triada perniciosa del ambiente tabernario: alcohol, tabaco y juego. El cliente habitual es el obrero, como puede apreciarse por la vestimenta de los protagonistas.

Fig. 90.— Imágenes de un desfile militar en el documental *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942).

Fig. 91.— Ejercicios gimnásticos en formación. Fotograma de *Tuberculosis pulmonar* (Bravo, 1942).

Fig. 92.— Portada de la edición de 1942 de *¡Defiéndete!!*, ilustrada con una alegoría militar de la lucha antituberculosa (Molero, 2001b: 163).

Fig. 93.— El ministro de la Gobernación, Blas Pérez González, inaugura el sanatorio Albacete (Benítez, 1950: 263).

Fig. 94.— Junta Central del PNA en el 10º aniversario del organismo en 1946 (Benítez Franco, 1950: 260).

Fig. 95.— Mapa de los centros del PNA en funcionamiento (negro), en construcción (rojo) y en proyecto (verde) en 1945 (Benítez, 1945: s.p.).

Fig. 96.— Relación de centros del PNA a 30 de enero de 1954. Leyenda: S, sanatorio; SI, sanatorio infantil; SM, sanatorio marítimo; P, preventivo; D, dispensario; CT, consulta de tisiología. Sobre publicación de autoría anónima (1954b: 136ss).

Fig. 97.— Diferentes modelos de materiales de propaganda antituberculosa propuestos por B. Benítez Franco (1940: figs. 14-16).

Fig. 98.— Publicaciones del PNA en torno a 1945. Además del folleto *¿Qué es la tuberculosis? ¿Cómo se produce? ¿Cómo se evita?*, diversos ejemplares de la *Revista Española de Tuberculosis*, un discurso del ministro de la Gobernación, un Informe técnico al proyecto de organización sanatorial, Estado actual de la Lucha Antituberculosa en España y una publicación ilustrada infantil (Benítez, 1945: 208).

Fig. 99.— Cartel editado por el PNA en 1944, al modo de las clásicas alehuyas. Se colocó en las salas de espera de las consultas médicas, escuelas, talleres, etc. (Benítez, 1945: 206).

Fig. 100.— Cartel sobre la Campaña nacional de vacunación antituberculosa del PNA (Fernández-Turégano, 1953: 136s).

Fig. 101.— Carteles anunciadores del sorteo de la Cruz Roja (Bravo, 1951).

Fig. 102.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor hacia finales de los años 40 (Anónimo, c.1949: 19).

Fig. 103.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor en Tenerife, de J. Galarza Cabrera, 1958. Biblioteca Nacional de España, AHC/3045.

Fig. 104.— Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor (Benítez, 1950: 254). A la derecha, detalles de dos motivos a destacar: arriba, candado que asegura el “buen fin” de la colecta, quizás relacionado con posibles dudas populares sobre su verdadero destino; abajo, cama y ventana abierta a la montaña como icono del sanatorio antituberculoso.

Fig. 105.— Primer premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de José María Toledo y Fernando Pulín, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).

Fig. 106.— Segundo premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Juan Poza Tártalo, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).

Fig. 107.— Tercer premio del concurso de carteles para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Luis González Sierra, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).

Fig. 108.— Cartel adquirido por el PNA para anunciar la Fiesta de la Flor en 1958, de Ricardo Summers ‘Serny’, 1957 (Blanco Rodríguez, 1960: 92s).

- Fig. 109.— *Portada de la memoria del PNA correspondiente a 1944* (Benítez, 1945).
- Fig. 110.— *Sellos antituberculosos de 1941, sobretasas de 20+5 y 40+10 cts, en los que figura un guerrero luchando con un particular dragón: la tuberculosis.*
- Fig. 111.— *F. Franco en la inauguración del sanatorio de El Piñor (Orense). Foto: Benítez (1950, 264).*
- Fig. 112.— *S.A. Waksman, portada de Time (1949), por su descubrimiento de la estreptomicina, fue homenajeado por el Gobierno franquista.*
- Fig. 113.— *Escuela Sanidad y Tisiología de Madrid, en la Ciudad Universitaria de Madrid* (Benítez Franco, 1950: 242).
- Fig. 114.— *Diseño de sanatorios en la sección de arquitectura del PNA. Fotograma de En estos años de paz* (Reig, 1949).
- Fig. 115.— *Presupuestos del PNA entre 1940 y 1948. Fotograma de En estos años de paz* (Reig, 1949).
- Fig. 116.— *Cartel anunciador de la Fiesta de la Flor hacia finales de los años 40. Fotograma de En estos años de paz* (Reig, 1949).
- Fig. 117.— *Señoritas postulantes en la Fiesta de la Flor. Fotograma de En estos años de paz* (Reig, 1949).
- Fig. 118.— *Dispensarios antituberculosos en España en 1936 y 1948. Composición de fotogramas de En estos años de paz* (Reig, 1949).
- Fig. 119.— *Salida de un grupo de niños de Madrid hacia las colonias escolares del PNA. Fotograma de Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).
- Fig. 120.— *Gráfica que muestra el aumento de peso en los niños que participan en el programa de colonias del PNA, empleada como demostración palmaria de las bondades del mismo en un opúsculo propagandístico de la época* (Anónimo, c.1949: 15).
- Fig. 121.— *Festival folklórico en las colonias infantiles del PNA. Fotograma de Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).
- Fig. 122.— *Una jornada cualquiera en las colonias infantiles del PNA se inicia inexcusablemente con la oración. Fotograma de Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).
- Fig. 123.— *Escuela al aire libre en las colonias del PNA. Fotograma de Vidas salvadas* (NO-DO, 1949).
- Fig. 124.— *Composición realizada con algunas de las imágenes que ilustran el opúsculo, llamativamente subtítulo Obra de divulgación científica de difusión gratuita. Como puede observarse, el retrato que esta obra hace de las colonias infantiles es idílico* (Anónimo, c.1949).
- Fig. 125.— *Vista general del sanatorio antituberculoso de Ben-Karrich, cerca de Tetuán. Foto: Benítez (1950: 420).*
- Fig. 126.— *Una enfermera visitadora inspecciona las condiciones higiénicas de la vivienda de la familia protagonista de Victorias sanitarias* (NO-DO, 1954).

# PORTA-COELI

PERIÓDICO PROPAGANDISTA DEL SANATORIO

PARA TÍSICOS POBRES

## CANDIDATURA DE LA CARIDAD

Empréstito de 500.000 pesetas con destino al Sanatorio de pobres  
DE  
PORTA-COELI

Limosna popular para el Domingo 30 de Abril de 1899 en la circunscripción de Valencia

### PROPAGANDA

DE LA ESTUDIANTE VALENCIANA

«Acepto vuestro ofrecimiento... En Madrid y en Barcelona me parece que os esperan cuantiosas limosnas. Yo no podré ir con vosotros; pero iré delante de vosotros preparándoos el camino...»

Quiero hacer ver, y esta es la mejor manera de prepararos el terreno, que la Estudiante de la Universidad de Valencia, empapada y convencida de las doctrinas de alguno de sus maestros, y sintiendo con él, va al corazón de España á iniciar un movimiento social verdaderamente regenerador, del cual hasta ahora no se ha notado, por desgracia, indicio alguno...

Vuestra empresa es grande y hermosa, redentora y noble; vais á conseguir que la caridad y la ciencia, unidas en estrecho lazo, impulsen el movimiento social que ha de salvar la vida á tantos y tantos tísicos pobres.

DR. MOLINER.



VISTA GENERAL DE PORTA-COELI

En el Consejo del Sanatorio (1).

«Haced cuantas modificaciones queráis, dijo sobre poco más ó menos; ya os entregué la escritura el primer día, pero detrás de vuestro derecho no me quitéis el que yo tengo, porque éste es la garantía que yo me guardo para que el Sanatorio se haga.

Podría crecer la calumnia y entraros desconfianza, y deshacerse este Consejo, y no encontrar los pinars en las Cortes, y cerrásemelas puertas de Palacio, y verme solo, muy solo, de todos abandonado, y entonces si me reserváis el derecho que tengo á la escritura, ahora que están ya, el camino y las camas en el Sanatorio, me iría allí y diría: «Tísicos ricos que queráis que el Dr. Moliner os cure en Porta-Coeli, venid,» y vendrían tantos cuantos caben, veinte ó treinta que me dejarían de ganancia sesenta duros, con los cuales mantendría á sesenta pobres, y el Sanatorio quedaría hecho con el sudor de mi frente, con el crédito de mi ciencia y el empeño de mi voluntad. (Aplausos.)

(1) Explicaciones dadas por el Dr. Moliner en la sesión del 27 de marzo.

Novísima forma de expresar el pueblo su voluntad por medio de un acto piadoso.—Sufragio ultra-universal como la caridad, de la cual dimana, y toma forma y extensión.

Podrán votar, poniendo sus limosnas en las bandejas petitorias que se instalarán en los sitios más concurridos de Valencia, *hombres, mujeres y niños*, sin distinción de clases ni colores políticos, cuantos aientan conmiseración por los tísicos pobres y *vergüenza* de que en España aun no haya ningún Sanatorio para el desheredado de la fortuna.

### INSTRUCCIONES

- 1.ª Cada cinco céntimos de limosna se computan por un voto.
- 2.ª Las mesas petitorias estarán presididas por un gremio ó sociedad obrera, que pondrá en ella su pabellón ó bandera respectiva.
- 3.ª Los escrutinios parciales se harán á la puesta del sol (1), levantando acta la mesa de lo recaudado ó ingresándolo acto continuo en la central que, presidida por el Dr. Moliner, se instalará en la plaza de San Francisco, esquina á la de las Barcas.
- 4.ª Hecho el recuento general á presencia de la Junta, ingresarán los fondos recaudados en la caja del tesorero del Consejo, banquero Sr. Rubio.
- 5.ª Los fondos recaudados se destinarán, por acuerdo de la Junta, en capítulo cerrado, á la construcción de los kioscos ó merenderos que, instalados en los sitios más amenos del pinar y de las fuentes, han de servir para solaz y esparcimiento de los enfermos y de sus familias cuando vayan á visitarlos.

(1) Si á la hora indicada fuera muy nutrida la recaudación, podrá prolongarse esta á juicio del presidente, avisándolo á la Central.

### ALOCUCIÓN

¡Obreros Valencianos!  
Por vosotros lo hago todo y para vosotros es el Sanatorio de Porta-Coeli.

Yo empeño en esta empresa mi salud, mi palabra, mi honra profesional y hasta la vida, si necesario fuese. ¡Ayudadme vosotros con la santa limosna de vuestra pobreza!

Quiero haceros en Porta-Coeli un Palacio de salud donde podáis curar de esa terrible enfermedad que os terea y aniquila, engendro cruel de las fatigas del trabajo y de las privaciones de la miseria.

Hora es ya de que lo tengáis.  
La *Ciencia Médica*, que siente y conoce vuestros infortunios, fulmina cargos gravísimos contra la sociedad pudiente y el Estado que os desatiende y olvida.

La *Caridad* os ampara. La ciencia y la caridad, pues, están de nuestra parte y podemos vencer.

El hecho nuevo de demostrar vuestra voluntad para una cosa justa en un acto piadoso, puede tener trascendencias sociales inmensas. Probémoslo.

Dadme el apoyo de vuestra voluntad y de vuestras limosnas con fe y esperanza, que yo también las tengo.

¡Obreros de Valencia, hijos del trabajo, paisanos y amigos míos, dadme por vuestro bien, que es mi gloria, una limosna para vuestro Sanatorio!!!

FR. MOLINER.

### Candidatura de La Caridad

#### LIMOSNA POPULAR

MANIFIESTO DE LA JUNTA ORGANIZADORA Á LAS CLASES OBRERAS DE VALENCIA

El próximo domingo ha de convertirse en realidad consoladora la hermosa idealidad de esa elección tan ejemplar como sencilla, tan noble como santa, que en vez de inflamar pasiones y provocar tempestades y despertar odios y crear envidias e inspirar recelos, excitando á una lucha fratricida, aunará seguramente voluntades y fundirá los corazones con el soplo bendito del amor, para que, aportando al acervo común todos los entusiasmos, todas las energías, todas las actividades y todos los esfuerzos, contribuyan las clases populares de Valencia á sacar triunfante con mayoría inmensa, colosal, la bendita e incomparable candidatura de la Caridad.

No creemos que esto sea en nosotros una ilusión deslumbrante y fascinadora de difícil realización, porque pedimos actividad y la tenemos, pedimos abnegación, y no os falta, pedimos un esfuerzo y tenéis alientos suficientes para ejecutarlo, hacemos, en suma, un llamamiento á la caridad y abrigamos la íntima convicción de que habéis de responder con la maravillosa elocuencia de los hechos, demostrando una vez más que bajo la honrada blusa del obrero late siempre un corazón honrado y generoso, arsenal nutrido